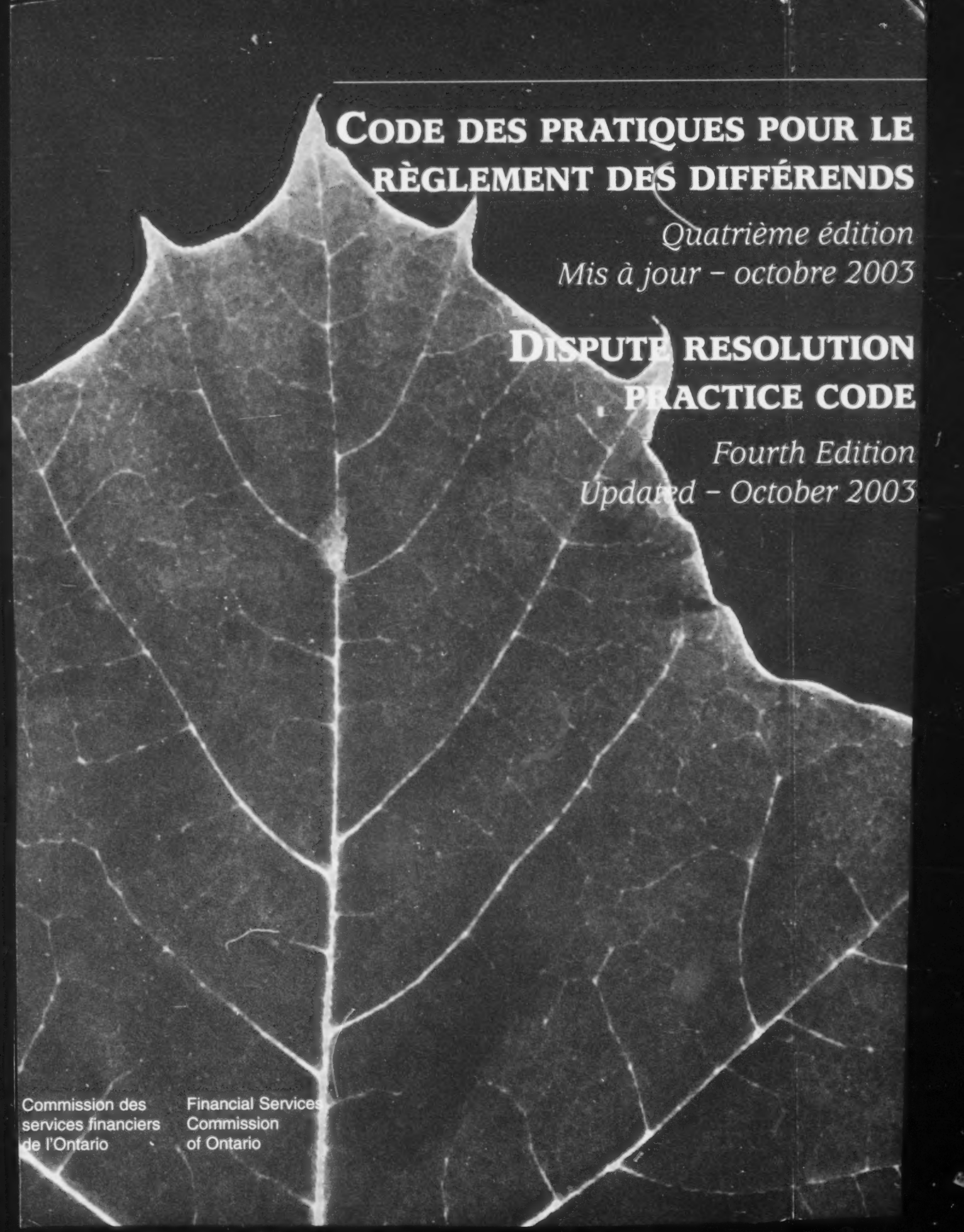

CODE DES PRATIQUES POUR LE RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS

Quatrième édition
Mis à jour – octobre 2003

DISPUTE RESOLUTION PRACTICE CODE

Fourth Edition
Updated – October 2003

Commission des services financiers de l'Ontario

Financial Services Commission of Ontario

104-02297/

Directives pour le classement

Retirer les anciennes pages | **Insérer les nouvelles pages**

Code de pratiques relatif au règlement des différends

Mises à jour : octobre 2003

Page couverture	Page couverture	❑

Table des matières

v	*v*	❑
vi	*vi*	❑
vii	*vii*	❑

Préambule

Intro 2	*Intro 2*	❑
Intro 5	*Intro 5*	❑
Intro 6	*Intro 6*	❑
Intro 7	*Intro 7*	❑
Intro 13	*Intro 13*	❑

Section A - Règles de procédure

A1 - 3	*A1 - 3*	❑
A1 - 4	*A1 - 4*	❑
A1 - 6	*A1 - 6*	❑
A1 - 7	*A1 - 7*	❑
A1 - 8	*A1 - 8*	❑
A2 - 2	*A2 - 2*	❑
A2 - 4	*A2 - 4*	❑
A2 - 5	*A2 - 5*	❑
A3 - 1	*A3 - 1*	❑
A3 - 2	*A3 - 2*	❑
A3 - 3	*A3 - 3*	❑
A3 - 4	*A3 - 4*	❑
A3 - 7	*A3 - 7*	❑
A6 - 2	*A6 - 2*	❑
A6 - 3	*A6 - 3*	❑
A6 - 4	*A6 - 4*	❑
A6 - 5	*A6 - 5*	❑
A6 - 7	*A6 - 7*	❑
A6 - 11	*A6 - 11*	❑

Section B - Lignes directrices

Table des matières	*Table des matières*	❑
B4 - 1	*B4 - 1*	❑
N/D	*B4 - 2*	❑
N/D	*B4 - 3*	❑
N/D	*B4 - 4*	❑
N/D	*B4 - 5*	❑

suite

Directives pour le classement

Retirer les anciennes pages	Insérer les nouvelles pages

Code de pratiques relatif au règlement des différends

Mises à jour : octobre 2003

Section C - Avis de pratique

Table des matières	*Table des matières*	❑
C1 - 1	*C1 - 1*	❑
C1 - 2	*N/D*	❑
C1 - 3	*N/D*	❑
C2 - 1	*C2 - 1*	❑
C10 - 5	*C10 - 5*	❑
C10 - 6	*C10 - 6*	❑
C11 - 1	*C11 - 1*	❑
C11 - 2	*C11 - 2*	❑
C11 - 4	*C11 - 4*	❑
C11 - 5	*N/D*	❑
C12 - 1	*C12 - 1*	❑
C12 - 2	*C12 - 2*	❑
C12 - 3	*C12 - 3*	❑
C12 - 4	*N/D*	❑
C12 - 5	*N/D*	❑
C13 - 1	*N/D*	❑
C13 - 2	*N/D*	❑
C13 - 3	*N/D*	❑
C13 - 4	*N/D*	❑

Section D - Droits et Cotisations

Table des matières	*Table des matières*	❑

Section E - Réglementation en matière diarrangement

Table des matières	*Table des matières*	❑
E - 1	*E - 1*	❑
E - 2	*E - 2*	❑
N/D	*E - 3*	❑
N/D	*E - 4*	❑
N/D	*E - 5*	❑
N/D	*E - 6 à E - 25*	❑

Section F - Réglementation en matière de coûts

Table des matières	*Table des matières*	❑
F1 - 1	*F - 1*	❑
F1 - 2	*F - 2*	❑
F1 - 3	*F - 3*	❑
F1 - 4	*F - 4*	❑

Commission des services financiers de l'Ontario

Financial Services Commission of Ontario

Ontario

Octobre 2003

***Code des pratique pour le règlement des différends* (4e édition) – correctifs de 2003**

Plus de deux années se sont écoulées depuis l'inauguration de la 4e édition du *Code des pratique pour le règlement des différends*. Nous avons le plaisir de vous offrir un ensemble de correctifs qui répondent à certaines questions auxiliaires de fonctionnement, en plus de prendre en compte la récente modification de la *Loi sur les assurances* et des règlements, y compris celle de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales – accidents survenus le 1er novembre 1996 ou après ce jour*.

Afin de mettre à jour votre exemplaire du *Code des pratiques*, veuillez insérer les correctifs selon la liste de mise à jour comprise dans cette trousse. Des exemplaires additionnels du *Code des pratiques* et des correctifs de 2003 sont en vente par le biais de Publications Ontario, téléphone : (416) 326-5300, ligne sans frais : 1-800-668-9938.

Veuillez prendre note que les *Formulaires de résolution des différends* (Section G) n'ont pas été revus. Cependant, certains changements législatifs récents auront une incidence sur nos pratiques. Par exemple, les règles sur la présence aux examens de l'assureur et sur les Centres d'évaluation désignés (CED) sont maintenant plus strictes. En vertu de ces nouveaux règlements, une personne assurée ne peut entreprendre un processus de médiation si elle ne s'est pas rendue raisonnablement disponible afin que certains examens de l'assureur puissent avoir lieu. Si la personne assurée ne s'est pas présentée à un examen de l'assureur préalablement convenu, on considérera que cette personne ne s'est pas rendue raisonnablement disponible à moins que cette personne se présente ensuite à un nouveau rendez-vous d'examen. De même, une personne assurée qui ne s'est pas présentée à un examen requis d'un CED ne peut entreprendre un processus de médiation.

Il y a également de nouvelles règles concernant les représentants. À compter du 1er novembre 2003, les personnes qui en sont pas juristes ne peuvent pas représenter une personne assurée contre rémunération, à moins :

- d'avoir satisfait aux exigences du surintendant en matière de dépôt de documents et à moins de détenir un numéro de dossier de représentant aux fins de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*; ou
- d'être à l'emploi d'un cabinet d'avocats et d'être sous la supervision directe d'un avocat.

En plus de cette trousse de correctifs, nous nous attendons à apporter d'autres modifications dans un futur proche. Toutefois, avant d'y procéder, nous désirons impliquer notre personnel et nos intervenants dans des discussions élargies visant à rendre le processus de résolution des différends le plus responsable, le plus juste et le plus efficace possible.

En vous souhaitant d'agréer nos salutations les meilleures,

David Draper
Directeur de l'arbitrage

Barbara Dudzinski
Directrice, Services de résolution des différends

CODE DES PRATIQUES POUR LE RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS

Quatrième édition
Mis à jour – octobre 2003

DISPUTE RESOLUTION PRACTICE CODE

Fourth Edition
Updated – October 2003

Commission des services financiers de l'Ontario

Financial Services Commission of Ontario

Commission des services financiers de l'Ontario

Renseignements généraux
(416) 250-6714 (local)
(800) 517-2332 (sans frais)

This publication is available in English

©Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2001

77. Communication d'une offre de règlement ou d'une réponse à une offre de règlement ..... A 6-9

78. Frais de représentant ..... A 6-10

79. Évaluation des dépenses ..... A 6-10

80. Questions relatives à la Constitution et/ou à la Charte des droits et libertés ..... A 6-11

81. Renonciation aux règles de procédure ..... A 6-12

82. Témoignage et instances civiles ..... A 6-12

SECTION B – DIRECTIVES

1. Directive relative à l'identification des personnes qui travaillent à leur compte ..... B 1-1

2. Directive concernant les demandes d'indemnités d'accident légales et les procédures de demande d'indemnités et de médiation (projet de loi 59) ..... B 2-1

3. Directive concernant les demandes d'indemnités d'accident légales et les procédures de demande d'indemnités et de médiation ..... B 3-1

4. Ligne directrice relative au processus de sélection des centres d'évaluation désignés ..... B 4-1

5. Directive concernant l'identification des étudiants admissibles à l'indemnité d'étudiant sans revenu d'emploi (*Loi 59*) ..... B 5-1

6. Directive relative à l'identification des personnes admissibles à des indemnités pour incapacité à poursuivre des études ..... B 6-1

7. Directive concernant la gestion des demandes portant sur des troubles associés à l'entorse cervicale ..... B 7-1

8. Directive concernant l'indexation optionnelle des indemnités ..... B 8-1

9. Directive concernant les frais de transport ..... B 9-1

10. Directive concernant les frais de transport (à partir du 31 mars 2001) ..... B 10-1

11. Directive concernant les conflits d'intérêts dans la prestation de services médicaux et de réhabilitation ..... B 11-1

SECTION C – NOTES PRATIQUES

1. L'utilisation de preuves médicales pour appuyer votre demande d'indemnités d'accident ..... C 1-1
2. Règlement dans le cadre de la procédure de règlement des différends ..... C 2-1
3. Participation et représentation dans le cadre du règlement d'un différend (« pouvoir de lier ») ..... C 3-1
4. Échange de documents ..... C 4-1
5. Renvoi du différend par le médiateur pour évaluation neutre ..... C 5-1
6. Évaluation neutre à la Commission des services financiers de l'Ontario ..... C 6-1
7. La conférence préparatoire à l'audience d'arbitrage ..... C 7-1
8. Assignation de témoin à comparaître à une audience d'arbitrage ..... C 8-1
9. Ajournements ..... C 9-1
10. Procédure de règlement des différends entre les compagnies d'assurance-automobile (le Règlement de l'Ontario 238/95) ..... C 10-1
11. Questions de compétence soulevées lors de la médiation ..... C 11-1
12. Ce que le demandeurs devraient savoir au sujet des centres d'évaluation désignés ..... C 12-1

SECTION D – DROITS ET COTISATIONS

1. Droits ..... D 1-1
2. Cotisation de l'assureur ..... D 1-2
3. Paiement des droits par la personne assurée ..... D 1-2
4. Paiement des droits et de la cotisation par l'assureur ..... D 1-3

SECTION E – RÉGLEMENTATION RELATIVE AUX RÈGLEMENTS

Réglementation relative aux règlements

Pour les règlements faits le ou après le 1er mars 2002 ..... E-1

Pour les règlements faits avant le 1er mars 2002 ..... E-4

Formulaires de règlement

Pour les accidents survenus à partir du 1er novembre 1996 ..... E-6

Pour les accidents survenus entre le 1er janvier 1994 et le 31 octobre 1996 ..... E-12

Pour les accidents survenus entre le 22 juin 1990 et le 31 décembre 1993 ..... E-20

SECTION F - RÉGLEMENTATION EN MATIÈRE DE DÉPENSES

Extraits du règlement 664, R.R.O. 1990, prévu à la *Loi sur les assurances*, tel que modifié par le R.O. 275/03 (Critères d'attribution des dépenses) F-1

Annexe au règlement 664, R.R.O. 1990, prévu à la *Loi sur les assurances*, tel que modifié par le R.O. 275/03 (Dépenses liées au règlement des différends) F-1

SECTION G - FORMULAIRES

Formulaire A - Demande de médiation ..... G A-1

Formulaire B - Réponse à une Demande de médiation ..... G B-1

Formulaire C - Demande d'arbitrage ..... G C-1

Formulaire D - Consentement à une évaluation neutre à la Commission ..... G D-1

Formulaire E - Réponse de l'assureur à une Demande d'arbitrage ..... G E-1

Formulaire F - Affirmation de signification ..... G F-1

Formulaire G - Contre-réponse de l'auteur(e) de la Demande d'arbitrage ..... G G-1

Formulaire H - Déclaration conjointe relative à une évaluation neutre à la Commission ..... G H-1

Formulaire I - Avis d'appel ..... G I-1

Formulaire J - Réponse à l'Avis d'appel ..... G J-1

Formulaire K - Demande d'intervention ..... G K-1

Formulaire L - Demande de modification/révocation ..... G L-1

Formulaire M - Réponse à une Demande de modification/révocation ..... G M-1

Formulaire N - Assignation de témoin ..... G N-1

Formulaire O - Affidavit de signification pour une assignation de témoin ..... G O-1

INTRODUCTION

Le **Code des pratiques pour le règlement des différends** (le « **Code** ») est un guide de l'utilisateur visant le règlement de différends opposant les consommateurs et les assureurs en matière des demandes d'indemnités d'accident légales en vertu de la *Loi sur les assurances* et de *l'Annexe sur les indemnités d'accident légales*.

Le **Code** est publié par le Groupe de règlement des différends de la **Commission des services financiers de l'Ontario** (« CSFO » ou la « Commission »). Bien qu'il y ait eu des éditions antérieures du présent **Code**, celle-ci est la première édition publiée par le Groupe de reglement des différends depuis qu'il fait partie de la CSFO.

La CSFO régit le secteur de l'assurance ainsi que d'autres secteurs des services financiers de l'Ontario, notamment les régimes de retraite, les caisses populaires et les credit unions, les coopératives, les courtiers en hypothèques et le secteur des prêts et des fiducies. Il s'agit d'un organisme impartial qui relève du ministère des Finances. La CSFO offre des services réglementaires et directs visant à protéger l'intérêt du public et à rehausser la confiance du public à l'égard des secteurs réglementés.

La CSFO a été créée le 1er juillet 1998 aux termes de la *Loi de 1997 sur la Commission des services financiers de l'Ontario*. Elle regroupe les activités de l'ancienne Commission des assurances de l'Ontario, de la Commission des régimes de retraite de l'Ontario et de la Division des établissements de dépôt du ministère des Finances.

Le **Code** établit des règles permettant d'offrir des services de règlement des différends de façon rapide, économe et équitable par l'entremise du Groupe de règlement des différends de la CSFO. Les règles de procédures énoncées dans le **Code** s'appliquent à toutes nouvelles demandes ainsi qu'aux instances déjà en cours. Ces règles ont été établies après des consultations approfondies avec les utilisateurs du système de règlement des différends.

SERVICES OFFERTS PAR LE GROUPE DE RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS DE LA CSFO

Le Groupe de règlement des différends de la Commission offre des services de médiation, d'évaluation neutre et d'arbitrage. Il existe également une procédure pour faire les demandes d'appels sur des questions de droit, ainsi qu'une procédure pour demander la modification ou la révocation d'ordonnances.

Si des consommateurs et des assureurs n'arrivent pas à s'entendre au sujet d'un différend qui découle d'une demande relative aux indemnités d'accident légales, la première étape du processus de règlement des différends consiste à présenter une demande de médiation. Pour les différends de cette nature, la médiation est obligatoire en Ontario et on doit donc y avoir recours avant de porter une cause devant un tribunal judiciaire ou à l'arbitrage. L'assuré ne paie pas de frais. Toutefois chaque partie doit assumer ses dépenses personnelles, dont les honoraires d'avocats, les frais de déplacement, les services de comptabilité et les rapports médicaux supplémentaires.

La médiation est une procédure informelle dans le cadre duquel un médiateur aide les parties à résoudre un différend en éclaircissant les questions et en trouvant des solutions acceptables. L'Unité de médiation du Groupe de règlement des différends a fait ses preuves, obtenant les règlements de toutes ou de certaines questions en litige dans plus de 75 % des cas soumis à la médiation. En décembre 1998, l'Unité a reçu le prestigieux Prix Améthyste pour services exceptionnels de la fonction publique de l'Ontario.

Advenant l'échec de la médiation devant la Commission, la personne assurée peut choisir parmi plusieurs options. Elle peut continuer de négocier directement avec son assureur. En outre, la personne assurée peut choisir l'arbitrage auprès de la Commission, l'arbitrage privé, l'évaluation neutre privée ou la poursuite judiciaire. Chaque procédure comprend ses propres règles et il ne sera peut-être pas possible pour la personne assurée de passer de l'une à l'autre. Si par exemple, la personne assurée entame une instance devant un tribunal judiciaire, elle ne peut pas demander l'arbitrage auprès de la Commission, ou vice versa.

AU SUJET DE CE CODE

Ce **Code** fournit aux parties la marche à suivre pour le règlement des différends auprès de la Commission. Il explique les exigences que doivent respecter les personnes en cause et énonce les règles relatives au dépôt des documents, aux délais et au paiement des droits et des dépenses. Il faut surtout noter les droits et les obligations des assureurs et des demandeurs relativement aux demandes d'indemnités d'accident légales. Ces droits et obligations sont énoncés dans les **Directives B 2-1 et B 3-1**, à la **section B** du **Code**.

Il convient de souligner que les types d'indemnités disponibles, les montants et les critères d'admissibilité aux indemnités peuvent varier en fonction de la date à laquelle l'accident est survenu.

Si l'accident est survenu :	**La loi qui s'applique est :**
• le 1er novembre 1996, ou après cette date	• la *Loi sur les assurances*, L.R.O., 1990, chap. I.8, telle que modifiée, y compris les modifications en vertu de la *Loi de 1996 sur la stabilité des taux d'assurance-automobile*, également connue sous le nom de **Loi 59**; et • *l'Annexe sur les indemnités d'accident légales – Accidents survenus le 1er novembre 1996 ou après cette date*, Règlement de l'Ontario *423/96*, tel que modifié. • Remarque : Les modifications considérables ont été apportées à la loi et entreront en vigueur le 1er octobre 2003.
• le 1er janvier 1994, ou entre cette date et le 31 octobre 1996	• la *Loi sur les assurances*, L.R.O. 1990, chap. I.8, telle que modifiée par la *Loi de 1993 modifiant les lois concernant les assurances*, également connue sous le nom de **Loi 164**; et

Des résumés et des commentaires sur des décisions rendues par l'Unité d'arbitrage et l'Unité des appels du Groupe de règlement des différends sont publiées dans les documents juridiques et services informatiques énumérés ci-dessous. Veuillez communiquer directement avec le fournisseur pour obtenir les détails au sujet des frais liés à l'utilisation de ces résumés ou services informatiques.

Financial Services Commission of Ontario (Motor Vehicle Insurance) Law & Practice
Catherine H. Zingg, eds. (Canada Law Book Inc., août 2001) Canada Law Book Inc.
240, rue Edward
Aurora (Ontario)
L4G 3S9
Téléc. : (905) 841-5085
Ventes seulement (sans frais) : 1 800 263-3269 ou
1 800 263-2037
Case Law on Call: 1 800 565-6967

The Annotated Insurance Act of Ontario,
Prof. John P. Weir
(Toronto, Ont., Carswell, 3 volumes, feuillets mobiles)
One Corporate Plaza
2075, Kennedy Road
Toronto (Ontario) M1T 3V4
Tél. : (416) 298-5141 (poste 2123)
Courriel : carol.mackay@carswell.com

Ontario Accident Benefits Case Summaries
Eric K. Grossman, ed. (CCH Canadian Ltd., 19959)
90, avenue Sheppard est, Bureau 300
North York ON M2N 6X1
Téléc. : (416) 224-2243;
Tél. : (416) 224-2224; 1 800 461-5308, 1 800 461-4131
À l'extérieur de Toronto, téléphone 1 800 387-5164

QUICKLAW Computer Reporting Services
1, First Canadian Place, Bureau 930
C.P.235
Toronto (Ontario) M5X 1C8
Téléc. : (416) 862-8073
Tél. : (416) 862-7656
À l'extérieur de Toronto, téléphone 1 800 387-0899

Vous pouvez obtenir les formulaires de demande de médiation, d'arbitrage, d'appel ou de modification/révocation auprès de votre compagnie d'assurance. Si vous avez de la difficulté à vous procurer un formulaire, vous pouvez télécharger un exemplaire à partir de la Section G du **Code** affiché sur le site de la CSFO à l'adresse <**www.fsco.gov.on.ca**> ou vous pouvez en faire la demande auprès du Groupe de règlement des différends par écrit à l'adresse suivante :

Commission des services financiers de l'Ontario
Groupe de règlement des différends
5160, rue Yonge, C.P. 85
Toronto (Ontario) M2N 6L9

Veuillez préciser si vous désirez un formulaire pour une médiation, un arbitrage ou un appel.

Par téléphone ou par télécopieur aux numéros suivants :

Médiation :
Tél. : (416) 250-6714 poste 7210,
ou 1 800 517-2332 (sans frais), poste 7210
Téléc. : (416) 590-7077

Arbitrage ou évaluation neutre :
Tél. : (416) 590-7202
ou 1 800 517-2332 (sans frais), poste 7202
Téléc. : (416) 590-8462

Appel, modification ou révocation :
Tél. : (416) 590-7222
ou 1 800 517-2332 (sans frais)
Téléc. : (416) 590-7077

Les commandes d'un nombre important de formulaires peuvent être passées auprès d'imprimeurs, dont :

Informco Inc.
35, avenue Bertrand
Scarborough (Ontario) M1L 2P3
Tél. : (416) 285-1700

Proprint Forms
5621 avenue Finch Est #5
Scarborough, ON M1B 2T9
Tél. : (416) 754-3028

RÉPONSES À QUELQUES QUESTIONS FRÉQUENTES DES DEMANDEURS

Quel genre de différend peut-on porter devant le Groupe de règlement des différends de la Commission ?

Nos services ont pour but d'aider le règlement des différends en matière de votre droit à des indemnités en vertu des *Annexes sur les indemnités d'accident légales* et le montant de ces indemnités. On peut avoir recours aux services du Groupe de règlement des différends après avoir présenté une demande à l'assureur et l'assureur l'a refusée. *Les Annexes* portent uniquement sur les lésions corporelles découlant d'accidents de véhicules automobiles qui se sont produits le 22 juin 1990 ou après cette date.

Nous ne nous occupons pas des différends opposant deux ou plusieurs assureurs et visant à déterminer lequel parmi eux est responsable du paiement des indemnités d'accident légales. Ces différends doivent être soumis à l'arbitrage privé en vertu de la *Loi de 1991 sur l'arbitrage*. Reportez-vous à la **Note pratique no 10** – « Procédure de règlement des différends entre les compagnies d'assurance-automobile », à la **Section C** du **Code**.

Quelles sont les premières démarches à faire ?

La première étape est la **médiation**. Pour entreprendre une médiation, vous devez envoyer un exemplaire du formulaire ***Demande de médiation*** **(FORMULAIRE A)** dûment remplie au Groupe de règlement des différends. (Voir la **Partie 2** des **Règles – Médiation**).

MÉDIATION

Qu'est-ce que la médiation ?

La médiation est une procédure informelle où une tierce personne neutre (le médiateur) aide les parties à régler les questions en litige. Les médiateurs travaillent avec les parties pour trouver des solutions acceptables pour tous. Son rôle est d'aider les parties à clarifier les questions en litige et à explorer les différentes options pour en venir à un règlement satisfaisant. Les médiateurs sont impartiaux et n'ont pas le pouvoir d'imposer des décisions. Selon nos statistiques, la plupart des questions en litige sont réglées à l'étape de la médiation.

Combien ce service coûte-t-il ?

Il n'y a pas de frais reliés à la médiation pour la personne assurée. Toutefois, vous devez assumer vos dépenses personnelles, dont les honoraires d'avocats, les frais de déplacement, les services de comptabilité et les rapports médicaux supplémentaires.

les plus brefs délais. Voir la **Note pratique n° 4**, « Échange de documents », à la **Section C** du **Code**.

Dois-je assister à l'audience d'arbitrage ?

Oui. Ces audiences se déroulent généralement en présence des parties au bureau de la Commission à North York ou à d'autres endroits de la province. Il arrive que les parties s'entendent pour qu'il n'y ait pas d'audience verbale et que l'arbitre se serve des documents et des observations écrites déposés pour rendre sa décision.

Combien de temps l'audience d'arbitrage dure-t-elle ?

La durée de la procédure varie en fonction de la nature et de la complexité du dossier, mais en règle générale, une audience verbale devant le Groupe de règlement des différends dure de deux à trois jours.

APPEL, MODIFICATION/RÉVOCATION

Que devrais-je faire si je pense que la décision de l'arbitre est erronée ?

Si vous croyez qu'une erreur à été commise, vous disposez de deux recours possibles. D'abord, vous pouvez porter la décision **en appel**, mais seulement si l'arbitre a commis une erreur de droit. Vous ne pouvez pas interjeter appel simplement parce que vous croyez que l'arbitre aurait dû accepter vos éléments de preuve plutôt que ceux de l'autre partie.

Vous devez déposer un ***Avis d'appel*** **(FORMULAIRE I)** dans les **30 jours** suivant la date à laquelle l'arbitre a rendu sa décision, accompagné de droits de dépôt de **250 $**. Les appels sont soumis au directeur des arbitrages ou à un délégué que celui-ci désigne.

L'autre possibilité consiste à soumettre une ***Demande de modification/révocation*** **(FORMULAIRE L)**. Cette procédure convient si les circonstances de la personne assurée ont changé depuis l'audience de l'arbitrage, si vous disposez de nouveaux éléments de preuve qui n'étaient pas disponibles au moment de l'audience d'arbitrage, ou si la décision de l'arbitre comporte une erreur évidente. La ***Demande de modification/révocation*** doit être accompagnée de droits de dépôt de **250 $**.

Comment faire pour trouver un(e) avocat(e) ?

Le Barreau du Haut-Canada offre un service de référence qui vous aidera à trouver un(e) avocat(e). Pour plus de détails, composez le 1 900 565-4577 (des frais de 6,00 $ seront chargés), et visitez le site Web de la Société du barreau à : <**www.lsuc.on.ca**>, et sélectionnez l'option « Information juridique à l'intention du public ».

GROUPES CONSULTATIFS DES UTILISATEURS DU GROUPE DE RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS

Le Groupe de règlement des différends a la chance de travailler avec deux groupes consultatifs d'utilisateurs, lesquels se réunissent régulièrement au cours de l'année avec les membres de la haute direction du Groupe de règlement des différends. Le « Forum du barreau » est composé d'avocats et autres représentants qui comparaissent régulièrement au cours des procédures de règlement des différends à titre de représentants des assureurs ou des personnes assurées. Le « Forum des sociétés » est composé de personnes qui travaillent dans le domaine des règlements de différends pour la plupart des principales compagnies d'assurance-automobile en Ontario. Les membres du « Forum des sociétés » traitent régulièrement des demandes d'indemnités d'accidents contestées au sein de notre système.

Les groupes consultatifs d'utilisateurs se réunissent périodiquement en vue de faire des commentaires et des suggestions précieux au Groupe de règlement des différends afin que celui-ci continue d'offrir des services équitables, souples, économes et efficaces en matière de règlement des différends. Les dates de réunions et procès verbaux de ces deux groupes consultatifs sont affichés sur le site Web de la CSFO à l'adresse <**www.fsco.gov.on.ca**>.

« **évaluateur neutre privé** » : une personne désignée par le directeur aux termes de l'article 280.1 de la *Loi sur les assurances* pour donner son opinion quant à l'issue probable d'un différend, mais qui n'est pas la personne désignée pour réaliser l'évaluation auprès du Groupe de règlement des différends en vertu de la **Règle 44** du **Code**;

« **évaluation neutre** » : une évaluation aux termes de l'article 280.1 de la *Loi sur les assurances* quant à l'issue probable d'une instance portée en arbitrage ou devant un tribunal judiciaire;

« **Groupe de règlement des différends** » : le Groupe de règlement des différends de la Commission;

« **indemnités d'accident** » : les indemnités prévues dans *l'Annexe sur les indemnités d'accident légales*;

« **instance** » : une question qui appelle l'exercice de la compétence légale de décision conférée par une loi;

« **médiateur** » : un médiateur désignée par le directeur aux termes de l'article 280 de la *Loi sur les assurances*;

« **réunion de médiation** » : réunion fixée à l'avance à laquelle les parties et leurs représentants comparaissent devant un médiateur, soit en personne ou par conférence téléphonique, soit par d'autres moyens électroniques de communication orale entre plusieurs personnes;

« **signification** » : la remise d'un document à une personne de la manière autorisée par ces Règles.

« **Annexe sur les indemnités d'accident légales** »:

(a) *l'Annexe sur les indemnités d'accident légales -Accidents survenus le 1er novembre 1996 ou après cette date*, pour les accidents survenus après le 31 octobre 1996;

(b) *l'Annexe sur les indemnités d'accident légales - Accidents survenus après le 31 décembre 1993 et avant le 1er novembre 1996*, pour les accidents survenus le 1er janvier 1994, ou entre cette date et le 31 octobre 1996, inclusivement;

(c) *l'Annexe sur les indemnités d'accident légales - Accidents survenus avant le 1er janvier 1994*, pour les accidents survenus le 22 juin 1990, ou entre cette date et le 31 décembre 1993, inclusivement.

5. SERVICES ET DOCUMENTS DU GROUPE DE RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS

5.1 Une personne a le droit de communiquer en français avec le Groupe de règlement des différends et de recevoir des services en français, conformément par la *Loi sur les services en français*.

5.2 Les services en français lors d'une médiation, d'un arbitrage, d'une évaluation neutre, d'une modification/révocation et d'un appel sont offerts si la personne assurée en fait la demande.

5.3 Dans le cadre d'une médiation, la personne qui demande des services d'interprétation dans une langue autre que le français ou l'anglais doit prendre elle-même les dispositions nécessaires pour obtenir ces services. Il incombe à la personne qui prend les dispositions nécessaires pour obtenir ces services d'interprétation de payer les coûts.

5.4 Dans le cadre d'un arbitrage, d'une modification/révocation ou d'un appel, le Groupe de règlement des différends se chargera de prendre les dispositions nécessaires pour obtenir des services d'interprétation dans une langue autre que le français et l'anglais si la personne assurée en fait la demande et si le décideur l'ordonne. Le Groupe de règlement des différends paiera les coûts des services d'interprétation requis lors d'une audience.

5.5 Lors de la prestation des services d'interprétation, l'interprète doit jurer ou affirmer solennellement que les éléments de preuve seront traduits avec fidélité et impartialité.

5.6 Le Groupe de règlement des différends peut publier des lettres directives, des avis et autres documents signés par le directeur.

5.7 Lorsque les présentes Règles exigent que le Groupe de règlement de différends remette un document, la remise sera réputée avoir eu lieu lorsque :

(a) on a eu recours à l'un des modes de remise autorisés aux termes de la **Règle 7**; et

(b) le document est acheminé à la dernière adresse de la partie qui figure dans les dossiers du Groupe de règlement des différends.

6. DÉPÔT

6.1 Lorsque ces Règles prévoient le dépôt d'un document :

(a) le document doit être remis au Groupe de règlement des différends;

(b) on doit avoir recours à l'un des modes de remise autorisés aux termes de la **Règle 7**; et

(c) on doit respecter les délais prescrits à la **Règle 7**.

7. SIGNIFICATION DE DOCUMENTS

7.1 Un document peut être signifié :

(a) en mains propres;

(b) par la poste ordinaire, recommandée ou certifiée;

(c) par messagerie, y compris par poste prioritaire;

(d) par télécopieur;

(e) par service de distribution de documents, lorsque le destinataire souscrit à un tel service;

(f) par transmission électronique;

(g) par toute autre manière précisée par le directeur.

7.2 Tout document signifié par télécopieur ou par transmission électronique doit comprendre une page d'envoi indiquant :

(a) le nom, l'adresse, le numéro de téléphone et l'adresse électronique (s'il y a lieu) de l'expéditeur(trice);

(b) le nom de la personne à laquelle il s'adresse;

(c) la date et l'heure auxquelles le document est envoyé;

(d) le nombre total de pages envoyées, page d'envoi comprise;

(e) le nom, le numéro de téléphone et l'adresse électronique (s'il y a lieu) d'une personne à contacter en cas de problème.

7.3 Les documents sont considérés comme signifiés par une partie, ou remis par le Groupe de règlement des différends lorsqu'ils sont livrés dans les délais suivants :

(a) tout document remis en mains propres est réputé être signifié le jour même de la livraison;

(b) tout document livré par la poste ordinaire, recommandée ou certifiée est réputé être signifié le cinquième jour après la date à laquelle le bureau de poste appose son cachet d'oblitération;

(c) tout document livré par messagerie, y compris par poste prioritaire, est réputé être signifié à la date de réception ou le surlendemain de la journée où l'expéditeur remet le document au service de messagerie, selon ce qui se produit en premier;

(d) tout document transmis par télécopieur ou par transmission électronique est réputé être signifié le jour même de l'envoi du document;

(e) tout document remis par service de distribution à une personne qui souscrit à un tel service est réputé être signifié le lendemain du dépôt, à condition que le document soit estampillé en présence du dépositaire du document;

(f) tout le document livré par d'autres moyens selon les directives du directeur, est réputé être signifié aux délais présisés par le directeur.

8. CALCUL DES DÉLAIS

8.1 Dans le cadre de ces règles ou d'une ordonnance, le calcul des délais s'effectue comme suit :

(a) lorsqu'on mentionne un certain nombre de jours entre deux faits, on compte cet intervalle en omettant le jour où se produit le premier fait et en retenant le jour où se produit le deuxième fait;

(b) lorsque l'échéance fixée pour exécuter une action donnée dans le cadre de ces Règles tombe un samedi, un dimanche ou un jour férié, on peut exécuter cette action le jour qui suit, autre qu'un samedi, un dimanche ou un jour férié;

(c) tout document déposé ou signifié **après 16 h 45** ou un samedi, un dimanche ou un jour férié est réputé être reçu le lendemain, les samedi, dimanche et jours fériés étant exclus.

9. REPRÉSENTATION

9.1 Une partie peut se représenter elle-même ou désigner une autre personne pour la représenter.

(a) À compter du 1er novembre 2003, si le représentant de la personne assurée est un non-juriste qui fournit ses services en échange d'une rémunération et qu'il n'est ni employé par un cabinet d'avocats ni directement supervisée par un avocat, ce représentant doit se conformer aux exigences du Surintendant en matière de dépôt.

(b) Chaque partie doit fournir au Groupe de règlement des différends son nom, son adresse, son numéro de téléphone et son adresse électronique (s'il y a lieu) et, si elle est représentée, le nom, le numéro de téléphone et l'adresse électronique (s'il y a lieu) de son représentant.

(c) Les parties et leurs représentants doivent faire parvenir un avis écrit au Groupe de règlements des différends pour signaler toute modification

apportée à leur adresse, numéro de téléphone ou adresse électronique (s'il y a lieu). Le Groupe de résolution des différends a le droit de se fier à la dernière adresse, le dernier numéro de téléphone et la dernière adresse électronique (s'il y a lieu) tels que connus et inclus dans ses dossiers.

9.2 Sous réserve de la **Règle 9.3**, une partie qui désigne un représentant doit donner à cette personne son autorité de discuter de toutes les questions en instance, de négocier et de conclure un accord, ou encore de régler toute question en instance. Le Groupe de règlement des différends peut exiger que la partie confirme par écrit avoir conféré cette autorité au représentant.

9.3 Lorsque le représentant d'un assureur n'est pas entièrement habilité à conclure un accord ou à régler le différend, un agent de la compagnie ayant l'autorité entière doit participer ou être disponible par téléphone pendant toute la durée de la médiation, des conférences en vue de règlement ou de toute autre instance.

9.4 Un médiateur, évaluateur neutre ou décideur, le cas échéant, peut, selon les termes qui lui semblent justes, ajourner une médiation, une évaluation neutre ou une instance si une partie n'est pas présente et si son représentant n'a pas l'autorité nécessaire énoncée aux paragraphes 9.2 et 9.3.

9.5 Si une partie change de représentant(e), elle doit informer immédiatement, par écrit, le (la) représentant(e) précédent(e), les autres parties et le Groupe de règlement des différends du nom, de l'adresse, du numéro de téléphone et de l'adresse électronique (s'il y a lieu) du (de la) nouveau(elle) représentant(e). Le(a) nouveau(elle) représentant(e) doit également confirmer sa désignation par écrit. Le Groupe de règlement des différends est en droit de se fier à sa dernière communication écrite pour ce qui est de l'adresse, le numéro de téléphone et de l'adresse électronique (s'il y a lieu) du (de la) représentant(e) d'une partie.

9.6 Une partie représentée qui souhaite agir en son propre nom doit aviser par écrit le (la) représentant(e), les autres parties et le Groupe de règlement des différends de sa décision d'agir en son propre nom.

9.7 Un(e) représentant(e) qui souhaite se retirer d'une instance doit :

(a) présenter au Groupe de règlement des différends et à toutes les parties d'une instance, une demande à cette effet par écrit, citant les motifs;

(b) fournir les derniers adresse, numéro de téléphone et adresse électronique (s'il y a lieu) connus de la partie représentée.

9.8 Si la partie représentée consent au retrait du (de la) représentant(e) et qu'elle fournit un avis écrit à cet effet, le registrateur ou un décideur peut autoriser le (la) représentant(e) à se retirer. Sinon, un décideur peut autoriser le (la) représentant(e) à se retirer sous réserve des conditions que le décideur juge équitables.

9.9 Le décideur peut exclure de l'instance quiconque y assistant autre que le(la) représentant(e) d'une partie ou le(la) conseiller(ère) d'un témoin, s'il juge que cette personne n'a pas la compétence nécessaire pour représenter ou conseiller la partie ou le témoin ou si cette personne ne comprend pas les présentes Règles ou ne se conforme pas aux présentes Règles et aux devoirs d'un(e) représentant(e), agent(e) ou conseiller (conseillère). Cette **Règle** ne s'applique pas à un(une) avocat(e) dûment qualifié(e).

10. PARTIE INCAPABLE

10.1 Sous réserve de la **Règle 10.2**, une partie à une médiation, conférence en vue de règlement, évaluation neutre ou procédure est présumée avoir la capacité mentale de gérer ses biens, de désigner et renseigner un représentant et d'entreprendre l'instance en son propre nom.

10.2 Un mineur ou une personne déclarée un incapable mental conformément aux dispositions de l'**Article 6 ou 45** de la *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui*, doit intenter une médiation ou quelque autre instance par l'entremise :

(a) du Tuteur et curateur public ou d'un tuteur aux biens désigné par un tribunal judiciaire aux termes de la *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui*; ou

(b) d'un représentant désigné aux termes d'une procuration valable et continue lui conférant le contrôle de tous les biens de la partie; ou

(c) dans le cas d'un mineur,

i) d'un parent avec lequel le mineur habite;
ii) d'une personne qui a la garde légale du mineur;
iii) d'un tuteur des biens du mineur désigné par un tribunal judiciare aux termes de la *Loi portant réforme du droit de l'enfance*; ou
iv) de l'avocat des enfants, au cas où aucune personne n'est prévue aux termes des sous-dispositions i), ii) ou iii) est désignée, ou il existe un conflit d'intérêts entre cette personne et le mineur.

10.3 Lorsqu'une partie adulte n'est pas un incapable mental aux termes de la *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui*, mais donne des signes d'incapacité mentale au cours de la médiation, de la conférence en vue de règlement, de l'évaluation neutre ou de l'instance, l'une ou l'autre des parties peut demander une audience relativement à une question préliminaire ou le Groupe de règlement des différends peut ordonner une audience sur une question préliminaire afin de déterminer si :

12. DEMANDE DE MÉDIATION

12.1 Toute personne assurée ou tout assureur peut déposer une demande de médiation relative à un différend sur le droit de la personne assurée de recevoir des indemnités d'accident ou sur le montant des indemnités auquel elle a droit lorsqu'une demande a été rejetée ou lorsque le délai prescrit pendant lequel l'assureur doit répondre à la demande est écoulé.

12.2 L'auteur(e) de la demande de médiation doit déposer, en duplicata, une ***Demande de médiation*** **(Formulaire A)**, dûment remplie, laquelle doit comprendre :

(a) un exposé de chaque question en litige;

(b) une liste des documents que l'auteur(e) de la demande compte présenter dans le cadre de la médiation;

(c) une liste des documents existants que l'auteur(e) de la demande désire obtenir d'autres sources, y compris de l'autre partie, lesquels sont nécessaires aux fins des discussions relatives au règlement des différends; et

(d) lorsque l'auteur(e) de la demande est l'assureur, le nom, l'adresse et les numéros de téléphone et de télécopieur ainsi que l'adresse électronique (s'il y a lieu) du représentant autorisé de la compagnie.

L'auteur(e) de la demande devrait déposer un exemplaire de la lettre de l'assureur, expliquant le refus ou le formulaire **Explication des indemnités versées par la compagnie d'assurance**, si un exemplaire de cette lettre est disponible.

> Pour de plus amples directives sur l'échange de documents entre les parties, voir la **Note pratique n° 4** à la **Section C** du **Code**.

12.3 Si la ***Demande de médiation*** semble incomplète, a été reçue après que le délai prescrit pour entamer l'instance ne se soit écoulé ou si elle ne relève pas de la compétence du processus de règlement des différends en vertu de la *Loi* et de ses règlements, ou constitue une procédure frivole, vexatoire ou abusive, le Groupe de règlement des différends :

(a) informera par écrit l'auteur(e) de la demande et son représentant des problèmes de compétence ou des lacunes de la ***Demande***; et

(b) tiendra la ***Demande*** en suspens pendant **20 jours** à partir de la date de délivrance de l'avis.

12.4 Si l'auteur(e) de la demande ne répond pas aux problèmes de compétence ou ne comble pas les lacunes décrits dans l'avis écrit dans les **20 jours** prévus par la **Règle 12.3(b)**, le Groupe de règlement de différends peut rejeter la ***Demande***.

12.5 Une partie ne peut demander une nouvelle médiation pour un différend qui a déjà fait l'objet d'une médiation et qui, selon le rapport du médiateur, n'a pas été résolu.

13. DÉSIGNATION D'UN MÉDIATEUR

13.1 Une fois la ***Demande de médiation*** dûment remplie reçue :

(a) le Groupe de règlement des différends fait parvenir à l'autre partie un exemplaire de la ***Demande*** dûment remplie et une ***Réponse à une demande de médiation*** **(FORMULAIRE B)**; et

(b) un médiateur est promptement désigné.

14. RÉPONSE À UNE DEMANDE DE MÉDIATION

14.1 La partie qui répond à la ***Demande de médiation*** doit, dans les 10 jours suivant la réception de la ***Demande***, déposer une ***Réponse à une Demande de médiation*** **(FORMULAIRE B)**, dûment remplie, laquelle doit :

(a) répondre à chaque question soulevée dans la ***Demande***;

(b) comprendre les détails concernant les autres questions pouvant faire l'objet de la médiation;

(c) lorsque la partie intimée est l'assureur, comprendre un exemplaire de la lettre explicative de l'assureur ou du formulaire ***Explication des indemnités versées par la compagnie d'assurance***, si ces documents n'ont pas été déposés avec la ***Demande.***

(d) comprendre la liste des documents que la partie intimée compte présenter dans le cadre de la médiation;

(e) comprendre la liste des documents que la partie intimée désire obtenir d'autres sources, y compris l'autre partie, lesquels sont nécessaires aux fins des discussions relatives au règlement des différends; et

(f) lorsque la partie intimée est représentée, comprendre le nom, l'adresse, les numéros de téléphone et de télécopieur et l'adresse électronique (s'il y a lieu) du représentant.

14.2 Le Groupe de règlement des différends peut rejeter une ***Réponse*** incomplète ce qui peut causer un délai ou l'échec de la médiation.

14.3 La partie intimée doit remettre la ***Réponse*** dûment remplie à toutes les autres parties au litige.

15. FUSIONNEMENT DES DEMANDES ET AJOUT DE NOUVELLES QUESTIONS EN LITIGE

15.1 Lorsque plusieurs ***Demandes de médiation*** mettant en cause les mêmes parties ou le même accident sont déposées, le Groupe de règlement des différends peut :

(a) fusionner les ***Demandes***;

(b) fixer les réunions de médiation l'une à la suite de l'autre;

(c) moyennant le consentement de toutes les parties, tenir les réunions de médiation en présence de toutes les parties.

15.2 Lorsque l'une ou l'autre des parties souhaite ajouter une question à la médiation, elle doit fournir une demande écrite faisant état de la nouvelle question en litige au médiateur et à l'autre partie au moins **10 jours** avant la date prévue pour la réunion de médiation. Par la suite, des questions en litige peuvent être ajoutées moyennant le consentement de toutes les parties.

16. PROCÉDURE DE MÉDIATION

16.1 La procédure de médiation peut se dérouler en présence du médiateur et des personnes en cause par téléphone ou par tout autre moyen que le médiateur considère approprié.

16.2 Au moins **10 jours** avant la réunion de médiation, les parties échangent et remettent au médiateur dûment désigné les principaux documents qu'elles comptent présenter lors des discussions visant le règlement de toute question en litige.

> Voir la **Note pratique n° 4** « Échange de documents » à la **Section C** du **Code**.

16.3 Le médiateur étudie les questions en litige, lesquelles sont identifiées sur la ***Demande de médiation*** ou sur la ***Réponse à une Demande de médiation*** ou au moyen d'une demande écrite aux termes de la **Règle 15.2,** et aide les parties à en régler le plus grand nombre possible.

17. PARTICIPATION À LA MÉDIATION

17.1 Les parties à la médiation et leurs représentants (le cas échéant) sont tenus de participer de bonne foi à la procédure de médiation et doivent en outre fournir tous les documents pertinents dans les délais prescrits dans les présentes Règles.

17.2 La désignation d'un(e) représentant(e) ne dispense pas la partie de son devoir de participation à la médiation, soit en personne, soit par téléphone ou par un autre moyen électronique, et de donner des directives à tout représentant relativement à une question en litige ou à une offre de règlement.

17.3 Lorsqu'une partie ne respecte pas les Règles 17.1 et 17.2, le médiateur peut :

a) mettre fin à la médiation selon les conditions qu'il considère appropriées; ou

b) annoncer aux parties que la médiation n'a pas eu lieu.

18. CARACTÈRE CONFIDENTIEL DE LA MÉDIATION

18.1 Les déclarations et les offres de règlement, autres que celles que contient le ***Rapport du médiateur***, sont réputées faites dans le but de faciliter le règlement du différend et ne compromettent pas la position que l'une ou l'autre partie désire prendre par la suite lors d'une procédure d'arbitrage ou d'une poursuite devant un tribunal judiciaire.

18.2 Un médiateur ne peut pas être tenu de témoigner ou de remettre ses notes ou autres documents dans les instances civiles ou les instances devant une commission ou devant un tribunal administratif en ce qui concerne la médiation ou les renseignements obtenus dans le cadre de l'exercice de ses fonctions aux termes des présentes Règles.

18.3 Lorsque l'une des parties fournit des informations en confidence au médiateur, celui-ci ne peut les divulguer sans l'autorisation de la partie qui les lui a adressées, à moins que la loi ne l'y contraigne.

18.4 Lorsque l'une des parties fournit des documents confidentiels au médiateur, celui-ci doit les remettre à la partie qui les lui adressés. De tels documents ne font pas partie du dossier de médiation.

18.5 Le Groupe de règlement des différends ne communique pas l'information contenue dans le dossier de médiation à un évaluateur neutre ou à un décideur, à l'exception du ***Rapport du médiateur***.

19. DÉLAIS DE LA PROCÉDURE DE MÉDIATION

19.1 Sous réserve de la **Règle 19.2**, la médiation doit se terminer dans les **60 jours** qui suivent le dépôt d'une ***Demande de médiation***, remplie conformément aux exigences de la **Règle 12**.

19.2 Sous réserve de la **Règle 21.1(a)**, les parties peuvent décider de prolonger ce délai de **60 jours**.

19.3 Dans le cas où les parties ont décidé de prolonger la période impartie pour la médiation, elles doivent :

(a) consulter le médiateur; et

(b) confirmer par écrit au médiateur les dates de la période de prolongation sur lesquelles elles se sont entendues.

20. RÈGLEMENT D'UNE QUESTION EN LITIGIE

20.1 Dans le cas où les parties règlent une question en litige de leur propre chef dans le cadre de la procédure de médiation, elles doivent confirmer au médiateur les modalités de ce règlement.

20.2 Tout règlement est assujetti aux exigences juridiques applicables, y compris les restrictions relatives au règlement dans la période d'un an après la date de l'accident et la complétion de l'avis de divulgation relativement au règelement, tel qu exigé dans les circonstances.

Voir la **Section E** du **Code** - **Règlement relatif au règlement des différends** -

21. ÉCHEC DE LA MÉDIATION

21.1 La médiation relative à une question particulière a échoué lorsque :

(a) le médiateur considère que la médiation échouera et en informe les parties;

(b) la période, même prolongée, impartie pour la médiation a expiré et aucun règlement n'a été atteint.

21.2 Lorsque la médiation relative à une question ou à des questions en litige échoue, l'assureur doit faire connaître ses dernières offres sur la ou les question(s) encore en litige.

21.3 Ni l'une ni l'autre des parties ne peut intenter une poursuite devant un tribunal judiciaire, renvoyer les questions en litige devant un arbitre ou soumettre un différend à l'arbitrage privé à moins que la médiation ait eu lieu et ait échoué.

22. RAPPORT DU MÉDIATEUR

22.1 Le médiateur consigne les données suivantes dans le ***Rapport du médiateur*** :

(a) sa description des questions en litige;

(b) les modalités de règlement des questions, qui ont été reglées;

(c) la teneur de la dernière offre de l'assureur sur les questions encore en litige;

(d) les mesures que les parties consentent à adopter pour résoudre les questions encore en litige;

(e) la liste des documents demandés par les parties qui n'ont pas été produits et que le médiateur considère nécessaires pour le règlement des questions encore en litige; et

(f) la recommandation du médiateur de renvoyer ou non les questions encore en litige pour évaluation neutre.

22.2 Le Groupe de règlement des différends remet un exemplaire du ***Rapport du médiateur*** aux parties, à la personne désignée par le directeur pour effectuer l'évaluation neutre et à l'arbitre désigné par le directeur.

23. MODIFICATION DU RAPPORT DU MÉDIATEUR

23.1 Lorsque l'une des parties estime que le ***Rapport du médiateur*** ne reflète pas l'issue de la médiation, elle doit en aviser par écrit le médiateur et les autres parties en exposant ses raisons, dans les **10 jours** qui suivent la réception du ***Rapport***.

23.2 Après avoir étudié les raisons et les commentaires des parties, le médiateur peut, s'il le considère approprié, émettre une modification au ***Rapport du médiateur***.

23.3 Le Groupe de règlement des différends remet un exemplaire de la modification au ***Rapport du médiateur*** aux parties, à la personne désignée par le directeur pour effectuer l'évaluation neutre et à un arbitre désigné par le directeur.

24. RENVOI POUR ÉVALUATION NEUTRE

24.1 Advenant l'échec de la médiation sur l'une ou l'autre des questions en litige, les parties conjointement ou le médiateur qui a mené la médiation peuvent, afin de promouvoir le règlement des questions en litige, les soumettre à une personne désignée par le directeur pour évaluer l'issue probable d'un arbitrage ou d'une instance devant un tribunal judiciaire.

24.2 Lorsque le médiateur ou les parties renvoient conjointement les différends pour évaluation neutre, les parties peuvent :

(a) retenir conjointement les services d'un évaluateur neutre privé désigné par le directeur; ou

Voir la **Note Pratique n° 5** « Renvoi du différend par le médiateur pour évaluation neutre » à la **Section C** du **Code**.

PARTIE 3 – ARBITRAGE ET ÉVALUATION NEUTRE AUPRÈS DE LA COMMISSION

25. DEMANDE D'ARBITRAGE

25.1 La personne assurée demandant l'arbitrage (l'« auteur(e) de la demande ») doit déposer une ***Demande d'arbitrage*** **(FORMULAIRE C)** dûment remplie, laquelle doit contenir :

(a) un exposé de chaque question qui fera l'objet de l'arbitrage pourvu que ces questions aient été soumises à la médiation et que celle-ci ait échoué;

(b) une explication des motifs pour lesquels tout document identifié dans le **Rapport du médiateur**, comme ayant fait l'objet d'une demande de la part de l'assureur ne lui a pas été remis;

(c) la liste de tous les principaux documents que l'auteur(e) de la demande a en sa possession et que celui ou celle-ci compte présenter dans le cadre de la procédure d'arbitrage;

(d) la liste de tous les principaux documents que l'auteur(e) de la demande compte obtenir d'autres sources, y compris les documents que l'auteur(e) de la demande a demandés à l'assureur, tels que les éléments de preuve obtenus par surveillance.

(e) les droits de dépôts indiqués à la **Section D** du **Code**; et

(f) une indication précisant si l'auteur(e) de la demande désire une audience orale, électronique ou écrite.

25.2 L'auteur(e) de la demande doit également :

(a) déposer un exemplaire du **Rapport du médiateur** relatif aux questions en litige; et

(b) déposer le **Rapport de l'évaluateur neutre privé** ou une confirmation que les parties en ont reçu un exemplaire, si une évaluation a été effectuée par un évaluateur neutre privé.

25.3 Sauf si une évaluation a été effectuée par un évaluateur neutre privé, la personne assurée peut demander une évaluation neutre auprès de la Commission dans la ***Demande d'arbitrage***. Une évaluation neutre auprès de la Commission sera menée conformément à la **Règle 44** et ce qui suit :

> Voir **Note pratique n° 6** « Évaluation neutre devant la Commission des services financiers de l'Ontario » à la **Section C** du **Code**.

25.4 Si la ***Demande d'arbitrage*** semble incomplète, si elle a été reçue après que le délai prescrit pour intenter l'instance ne se soit écoulé ou si elle ne relève pas de la compétence du processus de règlement des différends en vertu de la *Loi* et de ses règlements, ou constitue une instance frivole, vexatoire ou abusive, le Groupe de règlement des différends :

(a) informera par écrit l'auteur(e) de la demande et son (sa) représentant(e) des problèmes de compétence ou des lacunes de la ***Demande***; et

(b) tiendra la ***Demande*** en suspens pendant **20 jours** à partir de la date de la délivrance de l'avis.

25.5 Si l'auteur(e) de la demande ne répond pas aux problèmes de compétence ou ne comble pas les lacunes décrits dans l'avis écrit dans les **20 jours** prévus aux termes de la **Règle 25.4(b)**, un arbitre peut rejeter la ***Demande***.

25.6 Le Groupe de règlement des différends remettra aux autres parties une copie de la ***Demande d'arbitrage*** dûment remplie.

26. OPTIONS DONT L'ASSUREUR PEUT SE PRÉVALOIR, Y COMPRIS L'ÉVALUATION NEUTRE AUPRÈS DE LA COMMISSION

26.1 L'assureur doit dans les **20 jours** suivant la réception de la ***Demande d'arbitrage*** répondre de **l'une** des façons suivantes :

(a) signifier et déposer une ***Réponse de l'assureur à une Demande d'arbitrage*** **(Formulaire E)**, dûment remplie aux termes de la **Règle 27**, accompagnée d'une ***Affirmation de signification*** (FORMULAIRE F); ou

(b) si la personne assurée a demandé une évaluation neutre auprès de la Commission, l'assureur doit déposer un ***Consentement à une évaluation neutre,*** **(FORMULAIRE D)**, par télécopieur; ou

(c) à moins qu'une évaluation neutre n'ait eu lieu, l'assureur peut demander une évaluation neutre auprès de la Commission en obtenant le consentement écrit de l'auteur(e) de la demande et en déposant un ***Consentement à une évaluation neutre*** **(FORMULAIRE D)**, par télécopieur.

26.2 Lorsque les parties, conjointement, choisissent une évaluation neutre auprès de la Commission, cette évaluation doit être réalisée conformément à la **Règle 44** et suivantes.

27. RÉPONSE DE L'ASSUREUR

27.1 Si les parties n'ont pas conjointement choisi l'évaluation neutre, la ***Réponse de l'assureur à une Demande d'arbitrage*** **(FORMULAIRE E)** doit contenir :

(a) une réponse à chaque question soulevée dans la ***Demande d'arbitrage***;

(b) un exposé de toute autre question que l'assureur désire soumettre à l'arbitrage, pourvu que ces questions aient été soumises à la médiation et que celle-ci ait échoué.

(c) une explication des motifs pour lesquels un document identifié dans le **Rapport du médiateur** comme ayant fait l'objet d'une demande de la part de l'auteur de la demande, ne lui a pas été remis;

(d) la liste de tous les principaux documents en possession de l'assureur et que celui-ci compte présenter dans le cadre de l'arbitrage, y compris les éléments de preuve obtenus par surveillance.

(e) la liste de tous les principaux documents que l'assureur compte obtenir d'autres sources, y compris les documents que l'assureur demande de l'auteur(e) de la demande; et

(f) une indication précisants si l'assureur désire une audience orale, électronique ou écrite.

27.2 S'il semble que la ***Réponse de l'assureur*** n'est pas complète, ou si elle ne relève pas de la compétence de la procédure de règlement des différends aux termes de la *Loi sur les assurances* et de ses règlements, le Groupe de règlement des différends :

(a) remettra un avis écrit à l'assureur et à son (sa) représentant(e) décrivant les problèmes de compétence ou les lacunes de la ***Réponse***; et

(b) tiendra la ***Réponse*** en suspens pendant **20 jours** à partir de la date où l'avis a été remis.

27.3 Si l'assureur ne répond pas aux problèmes de compétence ou ne comble pas les lacunes décrits dans l'avis écrit dans les **20 jours** prévus aux termes de la **Règle 27.2**, un arbitre peut rejeter la ***Réponse*** et l'arbitrage se poursuivra comme s'il n'était pas contesté.

28. Désignation d'un arbitre

28.1 Si le directeur n'a pas désigné un évaluateur neutre privé aux termes de la **Règle 24.3** ou un évaluateur neutre à la Commission aux termes de la **Règle 44.1**, il désigne sans tarder un arbitre. Le directeur peut également désigner un arbitre qui mènera une conférence préparatoire ou d'autres procédures provisoires.

29. Contre-réponse de l'auteur(e) de la demande d'arbitrage

29.1 Dans les **10 jours** qui suivent la signification de la ***Réponse de l'assureur***, l'auteur(e) de la demande doit répondre à toute nouvelle question en litige soulevée :

(a) en signifiant une ***Contre-réponse de l'auteur de la Demande d'arbitrage*** **(FORMULAIRE G)** à l'assureur et aux autres parties; et

(b) en déposant un exemplaire de la ***Contre-réponse***, accompagnée d'une ***Affirmation de signification*** **(FORMULAIRE F)**.

29.2 La ***Contre-réponse de l'auteur(e) de la Demande d'arbitrage*** est facultative si aucune nouvelle question n'est soulevée dans la ***Réponse de l'assureur***.

30. FUSIONNEMENT DES DEMANDES

30.1 Lorsque plusieurs ***demandes d'arbitrage*** sont présentées à la Commission et il semble :

(a) qu'elles soulèvent une question commune de droit, de fait ou de politique; ou

(b) que l'application de la présente Règle représente la façon la plus équitable, la plus rapide et la plus économique de traiter les ***Demandes***;

Le Groupe de règlement des différends avisera les parties par écrit de son intention de :

(c) fusionner les instances;

(d) inscrire les instances de sorte que les audiences soient tenues simultanément;

(e) inscrire les instances de sorte que les audiences soient tenues l'une à la suite de l'autre par le même arbitre; ou

(f) suspendre les instances jusqu'à la determination règlement de l'une d'elles.

30.2 Lorsque l'une des parties s'oppose à un avis rendu en vertu de la **Règle 30.1**, elle doit déposer sans tarder auprès du Groupe de règlement des différends un document l'avisant de son objection et en fournir une copie aux autres parties.

30.3 Un arbitre étudiera une objection envisagée à la **Règle 30.1** et peut rendre une ordonnance aux conditions qu'il juge équitables.

31. SÉPARATION DES QUESTIONS EN LITIGE

31.1 Si un arbitre le juge approprié ou si les parties y consentent et que l'arbitre approuve, le Groupe de règlement des différends avisera les parties par écrit que la ***Demande d'arbitrage*** **(FORMULAIRE C)** est séparée en questions distinctes qui feront les objets des audiences séparées.

31.2 Si une demande donne lieu à plus d'une ordonnance définitive, chaque ordonnance définitive est envisagée séparément aux fins de la procédure d'appel ou de modification/révocation.

34.3 Là où il est possible de le faire, le Groupe de règlement des différends tentera de prendre en compte la demande écrite d'une partie visant la reprise de la conférence préparatoire.

35. Conférence en vue de règlement avant la date de l'audience

35.1 L'une ou l'autre des parties peut communiquer avec le Groupe de règlement des différends pour demander une conférence en vue de règlement.

35.2 La partie qui demande la conférence en vue de règlement doit confirmer le consentement de toutes les parties et fournir au registrateur des dates et des heures de la conférence qui sont acceptables à toutes les parties.

35.3 Le Groupe de règlement des différends tentera de prendre en compte la demande conjointe des parties désirant une conférence en vue de règlement et peut désigner un médiateur ou un décideur qui aidera à régler les questions en litige.

35.4 Le Groupe de règlement des différends ou un arbitre peut également entamer une conférence en vue de règlement à condition que toutes les parties y consentent.

35.5 L'arbitre qui préside la conférence de règlement avant l'audience prévue ne présidera pas l'audience à moins que les parties y consentent.

36. Confidentialité des conférences en vue de règlement

36.1 Aucune déclaration visant à régler le différend ou aucune offre de règlement invoquée au cours de la conférence préparatoire ou de la conférence en vue de règlement ne compromet la position que l'une ou l'autre partie désire prendre lors d'une instance ultérieure.

36.2 Aucune personne désignée afin d'aider à régler une question en litige devant le Groupe de règlement des différends ne peut être tenue de témoigner dans les instances civiles ou de remettre ses notes ou autres documents reçus lors d'une instance du Groupe de règlement des différends, d'un arbitrage privé ou d'une instance civile devant les tribunaux judiciaires en ce qui concerne les questions qui ont été portées à son attention dans le cadre de l'exercice de ses fonctions aux termes des présentes Règles, de la *Loi sur les assurances*, ou de ses règlements.

37. Audiences

37.1 L'arbitre peut :

(a) tenir une audience orale;

(b) tenir une audience écrite;

(c) tenir une audience électronique; ou

(d) tenir une audience qui combine l'une ou plusieurs de ces formes.

37.2 L'arbitre ne tiendra pas d'audience écrite si, selon les arguments d'une des parties, il constate qu'il existe un motif valable pour ne pas tenir une telle audience.

37.3 L'arbitre ne tiendra pas d'audience électronique si, selon les arguments d'une des parties, il constate que la tenue d'une audience électronique cousera à cette partie vraisemblement un préjudice considérable.

37.4 Les Règles **37.2 et 37.3** ne s'appliquent pas si le seul but de l'audience est de régler les questions de procédure.

37.5 Les parties recevront un avis raisonnable de la tenue de l'audience, du format de l'audience et, dans le cas d'une audience écrite ou électronique, une déclaration précisant que l'une ou l'autre des parties peut s'opposer à une telle audience aux termes des **Règles 37.2 et 37.3** (sauf dans le cas d'une audience sur des questions de procédure).

37.6 L'arbitre déterminera les questions en litige et toute autre question dont les parties peuvent convenir, lesquelles ont fait l'objet d'une médiation.

37.7 Lorsqu'une partie a reçu un avis d'audience et qu'elle n'assiste pas à une audience orale ou électronique, ou ne participe pas à une audience écrite, l'arbitre peut procéder à l'audience en l'absence de cette partie ou sans sa participation, selon le cas, et cette partie n'a pas droit à d'autre avis dans l'instance.

38. DÉLAIS S'APPLIQUANT AUX AUDIENCES ÉCRITES

38.1 Lors d'une audience écrite, l'arbitre :

(a) peut, dans les **30 jours** qui suivent le dernier jour où la personne assurée peut déposer une ***Contre-réponse de l'auteur(e) de la Demande d'arbitrage***, exiger que les parties lui remettent des documents supplémentaires ou des arguments écrits portant sur toute question en litige entre les parties;

(b) peut déterminer les questions en litige même si l'une des parties a omis de déposer les documents supplémentaires ou les arguments écrits, mais seulement si l'arbitre est satisfait que le Groupe de règlement des différends a remis la demande de documents supplémentaires ou d'arguments écrits;

(c) rend son ordonnance à partir des documents et des arguments déposés;

PARTIE 6 – PROCÉDURES GÉNÉRALES D'AUDIENCE

64. APLICATION DE LA PRÉSENTE PARTIE

64.1 La présente partie s'applique à tous les arbitrages, appels, interventions et instances de modification et de révocation.

65. ORDONNANCES

65.1 Un décideur identifiera les questions qui lui sont présentées au moyen d'une ordonnance et peut rendre une ordonnance selon les modalités qu'il juge équitables.

65.2 Un décideur peut rendre une ordonnance orale accompagnée de motifs orales s'il le juge approprié. Le décideur confirmera par écrit les dispositions de l'ordonnance orale si les parties le lui demandent à la conclusion de l'ordonnance orale.

65.3 Toute ordonnance tranchant de façon définitive les questions en litige sera appuyée sur des motifs écrits.

65.4 Le Groupe de règlement des différends remettra aux parties une copie de l'ordonnance et des motifs écrits du décideur le cas échéant.

65.5 Un décideur peut en tout temps corriger une erreur typographique, une erreur de calcul, une erreur technique ou toute erreur semblable dans sa décision ou son ordonnance.

65.6 Un décideur peut en tout temps éclaircir une décision ou ordonnance qui contient une déclaration inexacte, une ambiguïté ou toute autre erreur semblable.

65.7 Un décideur peut rendre les ordonnances ou donner les directives qui lui semblent appropriées pour empêcher un abus de procédure.

66. EXÉCUTION DES ORDONNANCES PAR UN TRIBUNAL JUDICIAIRE

66.1 À la demande écrite de l'une ou l'autre des parties, le directeur lui fournira une copie certifiée de toute ordonnance.

66.2 Une des parties peut déposer une copie certifiée conforme d'une ordonnance auprès de la Cour supérieure de justice de l'Ontario. L'ordonnance peut être exécutée par la Cour au même titre qu'une ordonnance de cette Cour.

66.3 La partie qui dépose une ordonnance aux termes de la **Règle 66.2** en avisera le directeur dans les **10 jours** qui suivent le dépôt.

67. ORDONNANCES RENDUES EN COURS D'INSTANCE : MOTIONS

67.1 Un décideur peut rendre une ordonnance préliminaire ou provisoire en cours d'instance avant de rendre son ordonnance définitive.

67.2 Une partie peut demander une ordonnance préliminaire, ou une ordonnance provisoire, à n'importe quelle étape de l'instance avant l'emise d'une attendant une ordonnance définitive.

67.3 La partie qui présente une telle demande doit, par écrit :

(a) décrire l'ordonnance qu'elle souhaite obtenir, le bien-fondé justifiant cette ordonnance et fournir tous les documents sur lesquels elle compte s'appuyer;

(b) préciser l'heure, la date ainsi que la manière dont la partie souhaite que la motion soit entendue; et

(c) signifier des copies du matériel aux autres parties et déposer ces documents.

67.4 Lorsqu'une partie souhaite obtenir une ordonnance de production contre une personne qui n'est pas une partie à l'instance (« un tiers »), la partie qui fait la demande doit signifier le matériel requis aux termes de la **Règle 67.3** au tiers et les déposer accompagnés d'une ***Affirmation de signification*** **(FORMULAIRE F)**.

67.5 Dans les 10 jours suivant la signification des documents, la partie intimée et le tiers, le cas échéant, doivent :

(a) signifier des réponses écrites et les documents sur lesquels ils comptent s'appuyer; et

(b) déposer une copie des réponses écrites et des documents.

67.6 Un décideur peut trancher la demande en se fondant sur les documents et les arguments écrits qui ont été déposés, ou de la manière que le décideur juge appropriée.

67.7 Avant de rendre une ordonnance de production de documents contre un tiers, le décideur doit être convaincu que :

(a) les parties ont fait des efforts valables en vue d'obtenir le document recherché;

(b) le document recherché est en la possession, sous le contrôle ou le pouvoir du tiers;

(c) le tiers a eu une possibilité raisonnable de répondre;

(d) le document est raisonnablement requis afin d'assurer une audience juste et équitable.

67.8 Une demande d'ordonnance provisoire ou d'ordonnance préliminaire peut aussi être présentée oralement durant une conférence préparatoire, une conférence préliminaire ou lors d'une audience et elle est traitée de la manière que le décideur juge appropriée.

68. Rejet de l'instance sans audience

68.1 Sous réserve de la **Règle 68.2**, un décideur peut rejeter une instance sans audience lorsque l'instance est frivole, vexatoire ou avoir été entamée de mauvaise foi.

68.2 Avant de rejeter l'instance aux termes de la présente Règle, un décideur signifiera un avis écrit à toutes les parties leur signalant son intention de rejeter l'instance pour les motifs énoncés à la **Règle 68.1**.

68.3 Si une partie s'oppose au rejet de l'instance aux termes de la **Règle 68.1** ou si elle souhaite déposer des arguments écrits par rapport au rejet, elle doit :

(a) présenter les motifs selon lesquels la partie s'oppose au rejet de l'instance ou présenter par écrit d'autres questions ou problèmes; et

(b) signifier le matériel à toutes les autres parties **dans les 20 jours** suivant la date de l'avis aux termes de la **Règle 68.2**.

68.4 Un décideur tiendra compte de toute objection ou argument écrit reçu et peut rendre une ordonnance selon les modalités qu'il juge équitables.

69. Règlement

69.1 Les parties peuvent, à tout moment, conclure un règlement relativement à un ou plusieurs points d'un différend, à condition qu'une période d'un an se soit écoulée depuis la date de l'accident ou qu'une conférence préparatoire ait eu lieu.

69.2 Lorsqu'un différend est réglé, le Groupe de règlement des différends ferme le dossier en question :

(a) dès la réception d'une confirmation écrite des parties à l'effet que le différend est entièrement réglé; ou

(b) **20 jours** après la réception d'un avis du Groupe de règlement des différends signalant son intention de fermer le dossier en raison du règlement signalé.

69.3 Lorsqu'une des parties s'objecte à la fermeture du dossier en vertu de la règle **Règle 69.1(b)**, la partie doit aviser par écrit dans les plus brefs délais le Groupe de règlement des différends ainsi que toutes les autres parties concernées des raisons de son objection.

69.4 Chacune des parties peut demander à un arbitre d'émettre une ordonnance visant à rejeter la procédure à condition que les parties y consentent et à condition de déposer :

(a) un consentement signé par les parties ou leurs représentants indiquant qu'elles consentent au rejet de l'arbitrage et confirmant qu'aucune des parties impliquées dans la procédure n'est frappée d'invalidité;

(b) un avis de divulgation de règlement dûment signé;

(c) l'entente écrite conclue par les parties à l'effet que l'ordonnance de consentement est finale et ne fera l'objet d'aucun appel, modification/ révocation ni examen judiciaire; et

(d) Trois copies de l'ordonnance de consentement, approuvée dans sa forme et son contenu par les parties, qui seront transmises au Groupe de règlement des différends.

70. DÉSISTEMENT

70.1 L'une ou l'autre partie peut demander la permission de se désister d'un litige en tout ou en partie :

(a) en signifiant à toutes les autres parties une demande de désistement; et

(b) en déposant la demande de désistement accompagnée d'une ***Affirmation de signification*** **(FORMULAIRE F)**;

(c) en demandant de vive voix, lors d'une évaluation neutre, d'une conférence préparatoire, d'une conférence en vue de règlement, d'une conférence préliminaire ou d'une audience, de se désister d'un litige en tout ou en partie.

70.2 Un arbitre peut permettre à l'une des parties de retirer un différend en partie ou en totalité à condition que toutes les parties y consentent.

70.3 Si l'une des parties conteste le désistement, le décideur peut :

(a) permettre le désistement selon les modalités et les conditions qu'il juge équitables;

(b) adjuger des frais à l'une ou l'autre des parties conformément à la **Règle 75** et aux règles qui suivent;

71. INCAPACITÉ DE DÉCIDEUR DE MENER UNE AUDIENCE À TERME

71.1 Si, pour quelque motif que ce soit, le décideur est incapable de mener l'audience à terme ou de rendre une décision, le directeur peut désigner un autre décideur pour instruire de nouveau la cause.

71.2 Si une transcription de l'audience inachevée est disponible, le directeur peut aviser les parties de son intention de remettre une copie de la transcription au nouvel décideur, ainsi qu'aux parties, aux frais du Groupe de règlement des différends, si le directeur le juge approprié ou si les parties donnent leur consentement et que le directeur l'approuve.

71.3 Si l'une ou l'autre des parties s'oppose à ce que la transcription soit remise au nouvel décideur, elle doit sans tarder en aviser le directeur et toutes les autres parties par écrit, précisant les raisons pour lesquelles elle s'y oppose.

72. AJOURNEMENTS

72.1 Toute demande d'ajournement d'une conférence préparatoire ou d'une audience d'arbitrage doit être présentée par écrit au Groupe de règlement des différends. Une demande d'ajournement d'un appel ou d'une modification/révocation doit être présentée par écrit au directeur ou à la personne déléguée par le directeur qui prendra la décision. Une demande d'ajournement doit :

(a) expliquer les motifs de la demande d'ajournement;

(b) indiquer si toutes les parties consentent à l'ajournement; et

(c) proposer d'autres dates qui sont acceptables à toutes les parties.

72.2 La demande d'ajournement doit être signifiée aux autres parties et déposée **7 jours** avant la tenue de l'instance ou dans un délai plus court, si le décideur le permet.

72.3 La décision du décideur d'ajourner doit se référer aux **Politiques d'ajournement** de la **Note pratique n° 9** énoncée à la **Section C** du **Code**.

72.4 Le décideur peut décider d'ajourner la procédure de son propre chef ou à la demande de l'une des parties, selon les conditions qu'il jugera équitables.

72.5 Le décideur peut demander aux parties de se présenter afin de débattre la question de l'ajournement, même si elles ont consenti à l'ajournement.

73. ASSIGNATION DE TÉMOIN

73.1 Un décideur dispose des mêmes pouvoirs d'assignation qu'un juge de la Cour supérieure de justice de l'Ontario. Un décideur peut, par ***Assignation de témoin***, sommer toute personne :

(a) de comparaître ou de participer à une audience, et de donner, sous serment, ou autrement, des témoignages; et

(b) d'y produire en preuve les documents et objets énumérés dans l'assignation.

73.2 Si une personne ne comparaît pas ou ne participe pas à une audience ou ne produit pas les documents énumérés dans l'***Assignation de témoins*** **(FORMULAIRE N)**, un juge de la Cour supérieure de justice peut ordonner qu'un mandat d'arrestation soit émise ou que cette personne soit punie de la même façon que si elle avait commis un outrage au tribunal.

73.3 L'***Assignation de témoin*** doit être préparée au moyen du **FORMULAIRE N**.

73.4 La partie demandant une **Assignation de témoin** doit s'assurer que :

(a) l'***Assignation de témoin*** a été signifiée en personne à son destinataire au moins **5 jours ouvrables** avant le premier jour de l'audience, ou dans un délai plus court que le décideur juge équitable;

(b) la personne assignée à comparaître a reçu les mêmes indemnités qui sont payables pour comparaître devant la Cour supérieure de justice; et

(c) l'***Affidavit de signification pour une assignation de témoin*** **(FORMULAIRE O)** a été déposé pour faire preuve que l'***Assignation*** a été signifiée à son destinataire et que les indemnités exigibles lui ont été versées.

Voir la **Note pratique n° 8** « Comment assigner un témoin à comparaître à une audience d'arbitrage » à la **Section C** du **Code**.

73.5 Le décideur peut dispenser un témoin de comparaître ou de participer à une audience si un avis n'a pas été présenté au témoin aux termes des **Règles 33, 41** et **73.3.**

74. TRANSCRIPTIONS

74.1 L'audience peut être enregistrée par un(e) sténographe judiciaire qui s'est engagé(e) sous serment ou sous affirmation solennelle à consigner les éléments de preuve et les débats. Le Groupe de règlement des différends ne fournit pas de services de transcription pour une audience. Les parties qui souhaitent avoir une transcription de l'audience doivent elles-mêmes prendre les dispositions nécessaires et payer elles-mêmes les frais pour ce service.

74.2 La partie qui embauche un(e) sténographe judiciare pour enregistrer une audience doit :

(a) en informer les autres parties et le décideur;

(b) prendre les dispositions nécessaires relatives au (à la) sténographe judiciare; et

(c) payer les honoraires directement au (à la) sténographe judiciare ou à l'agence qui fournit la transcription.

74.3 Si une partie commande une transcription complète ou partielle d'une audience, celle-ci doit :

(a) en informer les autres parties et le décideur;

(b) fournir une copie de la transcription à l'autre partie et au décideur; et

(c) payer les honoraires directement au (à la) sténographe judiciare ou à l'agence qui fournit la transcription.

75. ADJUDICATION DES FRAIS

75.1 Le décideur peut adjuger les frais d'une partie s'il juge que l'adjudication est justifiée selon les critères énoncés à la **Règle 75.2**. Les frais adjugés ainsi que les montants sont précisés à la **Règle 78** et à **l'Annexe** au **Règlement relatif aux frais** énoncées à la **Section F** du **Code**.

75.2 L'arbitre ne prendra en considération que les critères mentionnés dans la partie portant sur la réglementation en matière de dépenses, qui se trouve à la **Section F** du **Code**, soit les suivants :

(a) dans quelle mesure chaque partie a réussi quant aux résultats de l'instance.

(b) toute offre de règlement écrite soumise conformément au **Règle 76.**

(c) si des questions pas encore abordées ont été soulevées au cours de l'instance.

(d) tout comportement de l'une des parties ou du représentant d'une des parties qui a eu pour effet de prolonger l'instance, d'entraver ou de gêner, y compris le défaut de se conformer aux engagements et aux ordonnances.

(e) si l'un des aspects de la procédure a été irrégulier, vexatoire ou superflu.

76. OFFRE DE RÈGLEMENT

76.1 Le décideur considérera une **Offre de règlement** relative à l'adjudication des frais à condition que :

(a) l'offre ait été soumise par écrit, ait été signifiée aux autres parties et contienne :

(i) toutes les modalités de l'**Offre de règlement**;

(ii) la date à laquelle la **l'Offre** a été signifiée et la période pendant laquelle elle est demeurée en vigueur;

ET

(b) **l'Offre** ait été soumise après la médiation et avant la fin de l'audience, en tenant compte particulièrement de toute **Offre** signifiée à l'issue de la conférence préparatoire ou de la conférence préliminaire selon le cas, jusqu'à 5 jours avant le début de l'audience.

76.2 Une **Réponse à une Offre de règlement** sera considérée si :

(a) elle a été faite par écrit et a précisé **l'Offre** à laquelle elle s'est rapportée; et

(b) elle a été signifiée aux autres parties avant la conclusion de l'audience.

76.3 Une **Offre de règlement** ou une **Réponse à une offre de règlement** peut être annulée à tout moment avant d'être acceptée, en signifiant un avis écrit à cet effet à la partie à laquelle l'offre ou la réponse a été présentée.

76.4 Une **Offre** ou une **Réponse** prend fin à la première de la date d'échéance indiquée dans la **l'Offre** ou dans la **Réponse** ou à la date de la fin de l'audience.

76.5 L'acceptation de **l'Offre** ou de la **Réponse** doit être faite par écrit et doit être signifiée à l'auteur(e) de **l'Offre** ou de la **Réponse**, avant l'annulation ou l'échéance de l'offre.

77. COMMUNICATION D'UNE OFFRE DE RÈGLEMENT OU D'UNE RÉPONSE À UNE OFFRE DE RÈGLEMENT

77.1 Si aucune partie à un arbitrage n'a l'intention de soumettre pour la considération du décideur relative à l'adjudication des frais une **Offre de règlement** ou une **Réponse à une Offre de règlement**, les parties doivent en informer conjointement le décideur à l'issue de l'audience; et le décideur rendra une décision sur l'adjudication des frais lorsqu'il rendra sa décision sur les questions de fond au litige.

80.2 L'avis envisagé à la **Règle 80.1** doit indiquer clairement le motif de la question et doit y joindre la preuve que la partie compte présenter.

80.3 Le procureur général du Canada et le procureur général de l'Ontario ont le droit d'intervenir dans l'instance.

80.4 Une question d'ordre constitutionnel est soulevée dans les circonstances suivantes :

(a) la constitutionnalité ou l'applicabilité constitutionnel d'une loi, d'un règlement ou d'un règlement municipal pris sous son régime ou d'une règle de common law est en cause;

(b) réparation est demandée en vertu du paragraphe 24(1) de la *Charte canadienne des droits et libertés* à l'égard d'un acte ou d'une omission du gouvernement de l'Ontario.

81. RENONCIATION AUX RÈGLES DE PROCÉDURE

81.1 Sous réserve des dispositions de la *Loi sur les assurances* et de la *Loi sur l'exercice des compétences légales* le décideur peut, selon les modalités qu'il jugera équitables :

(a) suspendre l'application des délais prévus aux présentes Règles relatifs à une démarche, à la signification d'un avis, au dépôt de documents ou à la tenue d'une audience;

(b) décider qu'une Règle ne s'applique pas à une instance.

81.2 Toute règle de procédure énoncée dans la *Loi sur les assurances* ou la *Loi sur l'exercice des compétences légales* qui s'applique à une audience tenue en vertu des présentes Règles peut être suspendre avec le consentement des parties et du décideur.

82. TÉMOIGNAGE ET INSTANCES CIVILES

82.1 Aucun décideur ne sera tenu de témoigner dans une instance civile, ou devant tout autre tribunal en ce qui concerne l'information obtenue dans le cadre de l'exercice de ses fonctions.

SECTION B – DIRECTIVES

1. Directive relative à l'identification des personnes qui travaillent à leur compte ..... B 1-1

2. Directive concernant les demandes d'indemnités d'accident légales et les procédures de demande d'indemnités et de médiation *(Loi 59)* ..... B 2-1

3. Directive concernant les demandes d'indemnités d'accident légales et les procédures de demande d'indemnités et de médiation ..... B 3-1

4. Ligne directrice relative au processus de sélection des centres d'evaluation dés ignés ..... B 4-1

5. Directive concernant l'identification des étudiants admissibles à l'indemnité d'étudiant sans revenu d'emploi *(Loi 59)* ..... B 5-1

6. Directive relative à l'identification des personnes admissibles à des indemnités pour incapacité à poursuivre des études ..... B 6-1

7. Directive concernant la gestion des demandes portant sur des troubles associés à l'entorse cervicale ..... B 7-1

8. Directive concernant l'indexation optionnelle des indemnités ..... B 8-1

9. Directive concernant les frais de transport ..... B 9-1

10. Directive concernant les frais de transport (à partir du 31 mars 2001) ..... B 10-1

11. Directive concernant les conflits d'intérêts dans la prestation de services médicaux et de réhabilitation ..... B 11-1

LIGNE DIRECTRICE RELATIVE AU PROCESSUS DE SÉLECTION DES CENTRES D'ÉVALUATION DÉSIGNÉS

Introduction

Le *Règlement 313/03*, qui entrera en vigueur le 1er octobre 2003, modifie le processus de sélection d'un centre d'évaluation désigné (CED) en vue de la tenue d'une évaluation désignée aux termes de l'article 54 de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales* (AIAL). À compter du 1er octobre 2003, l'AIAL ne requière plus qu'un requérant soit évalué par le CED le plus près de sa résidence.

L'article 53 de l'AIAL, tel que modifié à compter du 1er octobre 2003, est joint à la présente ligne directrice en guise de référence.

Cette ligne directrice définit le processus suivant lequel le surintendant sélectionnera un CED aux termes de l'article 53 de l'AIAL.

Avis/Interruption

Lorsqu'une indemnité est contestée par une compagnie d'assurance, cette dernière est tenue de fournir au requérant une explication relative aux indemnités payables ainsi qu'un avis d'évaluation, de refus, de réduction ou d'interruption des indemnités par le biais des formulaires suivants, le cas échéant :

- OCF-9 Explication des indemnités payables par une compagnie d'assurance
- OCF-17 Avis d'interruption des indemnités hebdomadaires et demande d'évaluation
- OCF-20 Demande d'évaluation de détermination d'une déficience invalidante

Ces formulaires doivent également être utilisés par un requérant qui désire contester l'évaluation, le refus, la réduction ou l'interruption des indemnités par la compagnie d'assurance et veut être évalué par un CED.

Les formulaires OCF-9 et OCF-17 offrent tous deux un aperçu général du droit de contester du requérant.

Sélection d'un CED convenue par l'assureur et le requérant

Tel que modifié, l'article 53 de l'AIAL stipule que si un assureur reçoit un avis à l'effet que le requérant demande une évaluation par un CED, ou s'il détermine qu'une évaluation par un CED est requise en vertu de l'AIAL, l'assureur et le requérant doivent tenter de sélectionner conjointement un CED.

La sélection doit être faite au plus tard le deuxième jour ouvrable après réception, par l'assureur ou le requérant, tout dépendant de la situation, d'un avis à l'effet que l'autre partie demande une évaluation désignée en vertu de l'AIAL.

Si l'assureur et le requérant s'entendent sur le choix d'un CED, l'assureur amorcera l'aiguillage vers le CED et indiquera, sur un formulaire de *Référence du centre d'évaluation désigné, plan et formulaire de résumé* (OCF-11), que l'aiguillage est effectué conjointement par l'assureur et le requérant.

Si le CED n'est pas en mesure de débuter l'évaluation dans les 14 jours suivant la date de réception de la demande d'évaluation, les parties tenteront de choisir conjointement un autre CED, tout en respectant les dispositions de l'AIAL.

Sélection d'un CED par le surintendant

Le surintendant procédera à la sélection d'un CED si :

- l'assureur et le requérant ne peuvent s'entendre sur le choix d'un CED dans les deux jours ouvrables; ou
- le CED choisi conjointement par les parties n'est pas en mesure de débuter une évaluation dans les 14 jours suivant réception de la demande d'évaluation, et si les parties demandent au surintendant de sélectionner un autre CED.

Protocole relatif au processus de sélection d'un CED par le surintendant

1. Si l'assureur et le requérant ne conviennent pas du choix d'un CED, l'assureur doit demander que le surintendant sélectionne un CED au nom des parties.
2. Le représentant de l'assureur est tenu d'amorcer le processus par l'entremise du formulaire de *Demande de sélection d'un CED*, lequel peut être téléchargé (en format WordPerfect ou Word) à partir du site Web de la CSFO au www.fsco.gov.on.ca.
3. Le représentant de l'assureur est tenu de remplir la demande et de certifier que les renseignements sont exacts. L'assureur joindra alors la demande à un courrier électronique, qu'il transmettra à la CSFO à l'adresse dacselection@fsco.gov.on.ca.
4. Dans les deux jours ouvrables, la CSFO transmettra au représentant de l'assureur, par courriel, un certificat de confirmation précisant le CED retenu. Chaque certificat portera un numéro de dossier de la CSFO pouvant être utilisé aux fins de vérification.
5. L'assureur doit amorcer l'aiguillage vers le CED retenu en remplissant le formulaire OCF-11, auquel il joindra une copie du certificat de confirmation. L'assureur est également tenu de s'assurer que le requérant ou son représentant légal reçoit une copie du certificat.

6. Les assureurs et les requérants ne sont pas autorisés à utiliser ce processus pour faire plus d'une demande de sélection d'un CED, à moins qu'une des conditions suivantes s'applique :

(a) Le CED précédemment retenu par le surintendant a fait état d'un conflit d'intérêt auquel les parties ne renoncent pas;

(b) Le CED précédemment retenu par le surintendant n'est pas en mesure d'effectuer l'évaluation dans le délai prescrit;

(c) Le requérant doit se soumettre à une évaluation additionnelle en vertu de l'AIAL (p. ex., l'évaluation d'une invalidité subséquente ou de multiples plans de traitement) et les parties ne conviennent pas d'un CED selon la manière prescrite dans l'AIAL.

Article 53 de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales* tel qu'amendé à compter du 1er octobre 2003

53. (1) Une évaluation désignée doit être faite par le centre d'évaluation désigné choisi conformément au présent article.

(1.1) Une évaluation désignée doit être faite par un centre d'évaluation désigné qui :

(a) d'une part, est autorisé à évaluer les déficiences du type dont souffre la personne assurée;

(b) d'autre part, est autorisé à procéder au type d'évaluation désignée qui est exigé.

(1.2) Une évaluation désignée doit être faite par le centre d'évaluation désigné qui est situé :

(a) soit dans un rayon de 30 kilomètres de la résidence de la personne assurée si les conditions suivantes sont réunies :

(i) cette résidence est située dans la cité de Toronto ou dans la municipalité régionale de Durham, de Halton, de Peel ou de York,

(ii) un centre d'évaluation désigné conforme au paragraphe (1.1) est situé dans un rayon de 30 kilomètres de cette résidence;

(b) soit dans un rayon de 50 kilomètres de la résidence de la personne assurée si les conditions suivantes sont réunies :

(i) cette résidence n'est pas située dans la cité de Toronto ni dans la municipalité régionale de Durham, de Halton, de Peel ou de York,

(ii) un centre d'évaluation désigné conforme au paragraphe (1.1) est situé dans un rayon de 50 kilomètres de cette résidence.

(1.3) Sous réserve des paragraphes (1.1) et (1.2), l'assureur et la personne assurée peuvent choisir conjointement le centre d'évaluation désigné s'ils font leur choix au plus tard deux jours ouvrables après que l'une des parties ait reçu de l'autre un avis l'informant qu'une évaluation désignée est exigée en vertu du présent règlement.

(1.4) Si l'assureur et la personne assurée ne choisissent pas conjointement le centre d'évaluation désigné conformément au paragraphe (1.3), le surintendant le fait, sous réserve des paragraphes (1.1) et (1.2).

(2) Avant de procéder à l'évaluation désignée, le centre d'évaluation désigné que choisit le surintendant donne à l'assureur et à la personne assurée un avis écrit divulguant toute situation de conflit d'intérêts dans laquelle la place l'évaluation.

(3) Le centre d'évaluation désigné transmet tout avis exigé en vertu du paragraphe (2) à l'égard d'une évaluation désignée visée au paragraphe 43 (11) dans les trois jours ouvrables qui suivent la réception de la demande d'évaluation.

(4) En cas de divulgation d'une situation de conflit d'intérêts aux termes du paragraphe (2) :

(a) le centre d'évaluation désigné procède à l'évaluation désignée si l'assureur et la personne assurée s'entendent à cet effet;

(b) si l'assureur et la personne assurée ne s'entendent pas, l'évaluation désignée doit être faite, sous réserve des paragraphes (1.1), (1.2) et (2), par un autre centre d'évaluation désigné que choisit le surintendant.

(5) Aux fins de l'application de l'alinéa (4) (b), l'assureur et la personne assurée sont réputés ne pas s'entendre dans le cas d'une évaluation désignée visée au paragraphe 43 (11) à moins qu'ils ne s'entendent avant la fin du troisième jour ouvrable qui suit le dernier en date du jour où l'assureur reçoit l'avis prévu au paragraphe (2) et celui où la personne assurée reçoit ce même avis.

[les paragraphes (6), (7) et (8) sont abrogés]

(9) Sauf disposition contraire du paragraphe 43 (11), le centre d'évaluation désigné doit commencer l'évaluation désignée dans les 14 jours suivant la réception d'une demande à cet effet.

(10) Si le centre d'évaluation désigné ne peut commencer l'évaluation désignée dans les 14 jours suivant la réception de la demande d'évaluation, la personne assurée peut exiger que, sous réserve des paragraphes (1.1), (1.2) et (2), cette évaluation soit faite par un autre centre d'évaluation désigné que choisit le surintendant.

(10.1) Le surintendant peut, avec le consentement du Ministre, déléguer par écrit à quiconque le pouvoir de choisir des centres d'évaluation désignés que lui attribue le présent article.

(11) Aux fins de l'application du présent article, l'évaluation désignée place un centre d'évaluation désigné dans une situation de conflit d'intérêt si, selon le cas :

(a) l'assureur, la personne assurée ou un représentant qui agit pour le compte de l'un ou de l'autre, notamment un avocat, a un intérêt financier dans le centre d'évaluation désigné;

(b) le centre d'évaluation désigné, une personne liée, un évaluateur ou un expert-conseil qui procédera en tout ou en partie à l'évaluation désignée ou un établissement qui est, directement ou indirectement et en totalité ou en partie, la propriété du centre ou de la personne liée ou sous son contrôle :

(i) soit a fourni des biens ou des services à la personne qui doit être évaluée, à l'exception d'une évaluation désignée antérieure,

(ii) soit a préparé ou approuvé une formule de confirmation de traitement visée à l'article 37.1, un plan de traitement visé à l'article 38 ou une demande d'approbation d'une évaluation ou d'un examen visée à l'article 38.2 à l'intention de la personne qui doit être évaluée,

(iii) soit est nommé dans une formule de confirmation de traitement, un plan de traitement ou une demande d'approbation d'une évaluation ou examen comme personne qui fournira des biens ou des services à la personne qui doit être évaluée.

(12) La définition qui suit s'applique à l'alinéa (11) (b).

Le terme « personne liée », relativement à un centre d'évaluation désigné, s'entend d'un propriétaire, d'un associé ou d'une autre personne qui a un intérêt financier dans le centre, mais non d'une personne qui a un intérêt financier dans le centre du simple fait qu'elle est un créancier sans lien de dépendance avec celui-ci.

SECTION C – NOTES PRATIQUES

1. L'utilisation de preuves médicales pour appuyer votre demande d'indemnités d'accident ..... C 1-1

2. Règlement dans le cadre de la procédure de règlement des différends ..... C 2-1

3. Participation et représentation dans le cadre du règlement d'un différend (« pouvoir de lier ») ..... C 3-1

4. Échange de documents ..... C 4-1

5. Renvoi du différend par le médiateur pour évaluation neutre ..... C 5-1

6. Évaluation neutre à la Commission des services financiers de l'Ontario ..... C 6-1

7. La conférence préparatoire à l'audience d'arbitrage ..... C 7-1

8. Assignation de témoin à comparaître à une audience d'arbitrage ..... C 8-1

9. Ajournements ..... C 9-1

10. Procédure de règlement des différends entre les compagnies d'assurance-automobile (le Règlement de l'Ontario 238/95) ..... C 10-1

11. Questions de compétence soulevées lors de la médiation ..... C 11-1

12. Ce que le demandeurs devraient savoir au sujet des centres d'évaluation désignés ..... C 12-1

Commission des services financiers de l'Ontario
Financial Services Commission of Ontario

NOTE PRATIQUE
PRACTICE NOTE
1

Groupe de règlement des differends / Dispute Resolution Group

CETTE NOTE PRATIQUE S'ADRESSE AUX PERSONNES ASSURÉES

L'UTILISATION DE PREUVES MÉDICALES POUR APPUYER VOTRE DEMANDE D'INDEMNITES D'ACCIDENT

Le présent avis de pratique est actuellement en cours de révision.

CETTE NOTE PRATIQUE S'ADRESSE AUX PERSONNES ASSURÉES

RÉGLEMENT DANS LE CADRE DU PROCESSUS DE RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS

Le présent avis de pratique est actuellement en cours de révision.

iv. si le recouvrement n'est pas possible aux termes de la sous disposition i, ii ou iii, la personne non transportée a un recours contre le Fonds d'indemnisation des victimes d'accidents d'automobiles.

RESPONSABILITÉ

(3) L'assureur contre qui une personne a un recours pour le paiement **d'indemnités d'accident légales** est tenu de payer les indemnités.

CHOIX DE L'ASSUREUR

(4) Si, aux termes de la sous-disposition i ou iii de la disposition 1 ou aux termes de la sous-disposition i ou iii de la disposition 2 du paragraphe (2), une personne a un recours contre plus d'un assureur pour le paiement d'indemnités d'accident légales, elle peut choisir, à son entière discrétion, l'assureur à qui elle réclamera ces indemnités.

(5) Malgré le paragraphe (4), si une personne est un assuré nommément désigné dans un contrat constaté par une police de responsabilité automobile ou qu'elle est le conjoint ou le partenaire du même sexe ou une personne à charge, au sens de l'Annexe sur les indemnités d'accident légales, de cet assuré, elle ne réclame des indemnités d'accident légales qu'à l'assureur aux termes de cette police.

IDEM

(5.1) Sous réserve du paragraphe (5.2), s'il existe plus d'un assureur à qui la personne peut réclamer des indemnités en vertu du paragraphe (5), celle-ci peut choisir, à sa discrétion, l'assureur à qui elle réclamera des indemnités.

IDEM

(5.2) S'il existe plus d'un assureur à qui la personne peut réclamer des indemnités en vertu du paragraphe (5) et que celle-ci était, au moment de l'incident, une des personnes transportées dans l'automobile à l'égard de laquelle elle est l'assuré nommément désigné ou le conjoint de ce dernier ou une personne à sa charge, la personne ne réclame des indemnités d'accident légales qu'à l'assureur de l'automobile laquelle elle était transportée.

(TRADUCTION NON OFFICIELLE)

RÈGLEMENT 283/95
DIFFÉRENDS ENTRE DES ASSUREURS

1. Tous les différends en vue de déterminer quel assureur doit verser les indemnités aux termes de l'article 268 de la *Loi* sont réglés conformément au présent Règlement.

2. Le premier assureur à recevoir une demande d'indemnités dûment remplie est tenu de verser les indemnités à une personne assurée jusqu'au règlement d'un différend en vue de déterminer quel assureur doit verser les indemnités aux termes de l'article 268 de la *Loi*.

3. (1) Un assureur ne peut contester son obligation de verser les indemnités aux termes de l'article 268 de la *Loi* à moins de donner, dans les 90 jours qui suivent la réception d'une demande d'indemnités dûment remplie, un avis écrit à chaque assureur qui, d'après lui, devrait payer les indemnités aux termes de cet article.

(2) Un assureur peut donner un avis après la période de 90 jours si :

(a) la période de 90 jours ne suffit pour déterminer si un ou plusieurs autres assureurs sont tenus de verser les indemnités aux termes de l'article 268 de la *Loi* ; et

(b) au cours de la période de 90 jours, l'assureur a mené des enquêtes raisonnables nécessaires pour déterminer si un autre assureur était tenu de verser les indemnités.

(3) La question déterminant si un assureur qui n'a pas donné un avis dans la période de 90 jours a respecté le paragraphe (2) sera réglée au moyen d'un arbitrage conformément à l'article 7.

4. L'assureur qui donne un avis aux termes de l'article 3 donne aussi un avis à la personne assurée au moyen d'un formulaire approuvé par le surintendant.

5. (1) Une personne assurée qui reçoit un avis aux termes de l'article 4 avisera également l'assureur qui verse les indemnités de son opposition au transfert de sa demande aux assureurs mentionnés dans l'avis, par écrit dans les 14 jours suivant réception de l'avis.

(2) Si la personne assurée n'avise pas l'assureur de son opposition au transfert de la demande dans les 14 jours suivant réception de l'avis, elle n'a pas le droit de s'opposer à toute entente ou décision ultérieure visant le transfert de la demande aux assureurs mentionnés dans l'avis.

Ontario

Commission des services financiers de l'Ontario
Financial Services Commission of Ontario

NOTE PRATIQUE
PRACTICE NOTE
11

Groupe de règlement des différends / Dispute Resolution Group

CETTE NOTE PRATIQUE S'ADRESSE AUX PERSONNES ASSURÉES ET AUX ASSUREURS

QUESTIONS DE COMPÉTENCE SOULEVÉES LORS DE LA MÉDIATION

La présente Note pratique vise à informer les personnes assurées et les assureurs de la politique de la Commission des services financiers de l'Ontario (la « Commission ») à l'égard des questions de compétence qui sont fréquemment soulevées dans le cadre d'une procédure de médiation.

A. COMPÉTENCE GÉNÉRALE :

Les services de médiation de la Commission visent à régler des différends concernant les indemnités d'accident admissibles aux termes des *Annexes sur les indemnités d'accident légales* en vigueur depuis le 22 juin 1990. Les demandes d'indemnités admissibles portent sur les blessures personnelles subies lors d'un accident d'automobile. Les services de médiation ne s'appliquent pas aux demandes d'indemnités relatives aux accidents survenus avant le 22 juin 1990. Pour obtenir des renseignements au sujet des réclamations contre des assureurs, qui se situent en dehors des compétences des services de médiation, veuillez vous adresser au Bureau de l'ombudsman des assurances de la Commission.

1. AUCUN SERVICE DE MÉDIATION POUR LES DEMANDES D'INDEMNITÉS PORTANT SUR LES DOMMAGES MATÉRIELS

Les services de médiation ne s'appliquent pas aux différends portant sur les dommages subis par une automobile ou autres dommages matériels, sous réserve de dispositions particulières des *Annexes*.

2. AUCUN SERVICE DE MÉDIATION POUR LES DEMANDES D'INDEMNITÉS HEBDOMADAIRES DURANT LA PREMIÈRE SEMAINE D'INVALIDITÉ

Aux termes des *Annexes*, aucune indemnité hebdomadaire n'est payable pour la première semaine d'invalidité. Par conséquent, les services de médiation ne s'appliquent pas aux demandes visant à obtenir le versement d'indemnités hebdomadaires durant la première semaine d'invalidité.

3. AUCUN SERVICE DE MÉDIATION DANS LE CAS OÙ AUCUNE DEMANDE D'INDEMNITÉS D'ACCIDENT N'A ÉTÉ PRÉSENTÉE À L'ASSUREUR

Les personnes assurées peuvent recourir à des services de médiation lorsqu'elles ont présenté à un assureur automobile une demande d'indemnités qui a été rejetée. Les personnes assurées ont le droit de recevoir de l'assureur un avis écrit indiquant le refus de verser des indemnités et précisant les raisons de ce refus. Les services de médiation ne s'appliquent pas aux ***Demandes de médiation*** dans le cas où la personne assurée n'a pas présenté au préalable une demande d'indemnités auprès de l'assureur. Lorsqu'une demande d'indemnités a été présentée à l'assureur et que le délai prévu aux règlements pour son évaluation est échu, une ***Demande de médiation*** sera acceptée sur le refus présumé de l'assureur.

4. QUESTIONS AYANT DÉJÀ FAIT L'OBJET D'UNE MÉDIATION

Les Services de médiation ne sont plus accessibles dans les cas ayant été traités lors d'une

médiation antérieure et qui, selon le Rapport du médiateur, n'ont pas été résolus. Les options suivant une médiation infructueuse sont les suivantes :

- ne faire aucune autre démarche;
- présenter une ***Demande d'arbitrage*** auprès de la Commission;
- retenir les services d'un arbitre privé conformément aux dispositions de la *Loi* sur l'arbitrage et de la *Loi* sur les assurances;
- demander une Évaluation neutre privée ou dans le cadre d'une ***Demande d'arbitrage*** auprès de la Commission ;
- intenter des poursuites judiciaires.

5. Sentence arbitrale spéciale

Les services de médiation ne s'appliquent pas à une ***Demande de médiation*** portant sur la sentence arbitrale spéciale, car celle-ci n'est pas prévue par l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*. L'attribution d'une sentence arbitrale spéciale est du ressort d'un arbitre exerçant son pouvoir discrétionnaire.

6. Frais juridiques

Les services de médiation ne s'appliquent pas aux demandes portant sur les honoraires d'avocat et les débours, car ceux-ci ne sont pas prévus par l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*.

L'attribution de frais judiciaires est une question hypothétique qui ne se pose qu'à l'issue d'un arbitrage ou d'une instance judiciaire. Cette question doit alors être tranchée dans le cadre d'un arbitrage ou d'une instance judiciaire.

B. EXPIRATION DES DÉLAIS DE PRESCRIPTION

1. Délai relatif à la présentation de la demande d'indemnités auprès de l'assureur

(i) Les *Annexes* prévoient des délais pour la présentation d'une demande d'indemnités d'accident auprès des assureurs, mais indiquent également que de tels délais ne s'appliquent pas lorsque l'auteur de la demande a « un motif raisonnable » justifiant le délai.

Les différends dans lesquels il est question de déterminer si un délai était raisonnable peuvent faire l'objet de la médiation. La question préliminaire du caractère raisonnable du délai fait l'objet de la médiation au même titre que les différends concernant les indemnités réclamées dans la ***Demande de médiation***

(ii) **Exception**. Pour les accidents survenus le 22 juin 1990 ou après cette date, et avant le 1er janvier 1994 (projet de loi 68), l'*Annexe* prévoit qu'un(e) accidenté(e) doit présenter une demande d'indemnités auprès de son assureur dans un délai de deux ans après la date de l'accident. Si aucune demande d'indemnités n'est présentée à l'assureur dans les deux ans, la Commission n'est pas compétente pour procéder à la médiation. Toutefois, les différends dans lesquels il est question de déterminer si une demande d'indemnités a été présentée à l'assureur dans le délai de deux ans peuvent faire l'objet d'une médiation. La question préliminaire de l'expiration du délai fixé pour présenter une demande d'indemnités fait l'objet de la médiation au même titre que les différends concernant les indemnités réclamées dans la ***Demande de médiation***

2. Délai relatif à la présentation d'une Demande de médiation auprès de la Commission pour des différends portant sur les indemnités d'accident

Les *Annexes* prévoient que la personnes assurée doit engager une procédure dans les deux ans

suivant le refus de l'assureur de payer les indemnités réclamées. Une ***Demande de médiation*** qui est présentée à la Commission après le délai de deux ans ne sera pas acceptée. Toutefois, les différends dans lesquels il est question de déterminer si la ***Demande de médiation*** a été présentée à la Commission dans les deux ans suivant le refus de l'assureur de payer les indemnités peuvent faire l'objet de la médiation. La question préliminaire de l'expiration du délai prescrit fait l'objet de la médiation au même titre que les différends concernant les indemnités réclamées dans la ***Demande de médiation***

Si la question du délai de prescription est soulevée à l'étape de l'inscription pour la médiation, l'agent de médiation avisera la personne assurée du délai de prescription et lui demandera de fournir une lettre confirmant qu'elle souhaite contester l'expiration du délai. Si la question est soulevée par l'assureur au cours de la procédure de médiation, la personne assurée n'est pas tenue de fournir une lettre.

C. DIFFÉRENDS ENTRE ASSUREURS - RÈGLEMENT RELATIF À LA RESPONSABILITÉ CIVILE 283/95

Les services de médiation ne s'appliquent pas aux différends dans lesquels il est question de déterminer lequel parmi plusieurs assureurs doit payer les indemnités réclamées (voir la **Note pratique n° 10** - Procédure de règlement des différends entre les compagnies d'assurance-automobile (Règlement 283/95)).

Les services de médiation s'appliquent à une ***Demande de médiation*** visant le **premier assureur** qui a reçu une demande d'indemnités d'accident dûment remplie. Un agent de médiation déterminera, en collaboration avec les parties, le premier assureur (autorisé à vendre des assurances en Ontario ou assujetti aux lois ontariennes par le biais d'un engagement) qui a reçu une demande d'indemnités d'accidents dûment remplie.

Les différends dans lesquels il est question de déterminer le premier assureur qui a reçu une demande d'indemnités légales dûment remplie peuvent faire l'objet de la médiation en tant que question préliminaire et au même titre que les différends concernant les indemnités réclamées dans la ***Demande de médiation***

D. RENONCIATION VALIDE - RÈGLEMENT RELATIF AU RÈGLEMENT 664 TEL QUE MODIFIÉ PAR R.O. 780/93

Les services de médiation ne s'appliquent pas à une ***Demande de médiation*** dans les cas où une personne assurée a signé une renonciation valide portant sur son droit à réclamer des indemnités suite à l'accident d'automobile en question, et où l'assureur a respecté les exigences du **Règlement relatif au règlement des différends**.

Les services de médiation s'appliquent aux ***Demandes de médiation*** dans les cas suivants :

(i) la personne assurée conteste la validité du règlement, remettant en question, par exemple, le fait que l'assureur a respecté les exigences prévues par le **Règlement relatif au règlement des différends**.

(ii) un tribunal judiciaire ou un arbitre privé a annulé un règlement antérieur en raison de fraude, contrainte ou fausse déclaration.

(iii) les parties donnent leur consentement à l'annulation du règlement.

(iv) la personne assurée se retire du règlement dans le délai de réflexion de 48 heures conformément au **Règlement relatif au règlement des différends** (voir la **Note de pratique n° 2** - Règlement dans le cadre du processus de règlement des différends).

La question préliminaire de la validité du règlement peut faire l'objet d'une médiation au même titre que les différends concernant les indemnités réclamées dans la ***Demande de médiation***

Les services de médiation ne s'appliquent pas à une questions qui, selon le ***Rapport du médiateur***, a déjà fait l'objet d'une procédure de médiation. Dans le cas où les questions en litige ont été notées réglées à l'issue d'une procédure de

médiation, mais où la validité du règlement fait l'objet d'un différend, les options sont les suivantes :

- ne faire aucune démarche;
- présenter une Demande d'arbitrage auprès de la Commission;
- retenir les services d'un arbitre privé conformément aux dispositions de la *Loi sur l'arbitrage* et de la *Loi sur les assurances*;
- demander une Évaluation neutre privée ou auprès de la Commission;
- intenter des poursuites judiciaires.

E. DEMANDE RELATIVE AUX INDEMNITÉS DE PERSONNE SANS REVENU D'EMPLOI PRÉSENTÉE À L'ASSUREUR AVANT 26 SEMAINES

Dans le cas des accidents survenus le 1er novembre 1996 ou avant cette date (projet de loi 59), a personne assurée peut être admissible aux indemnités de personne sans revenu d'emploi 26 semaines après le début de l'invalidité. Les services de médiation ne s'appliquent pas aux demandes de médiation portant sur la question de l'admissibilité aux indemnités de personne sans revenu d'emploi avant l'expiration de la période de 26 semaines.

POUR OBTENIR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS

Veuillez communiquer avec la Commission :

À Toronto, composer le 416 250-6714
À l'extérieur de Toronto, composer le
1 800 517-2332

Pour communiquer avec le Bureau de l'ombudsman des assurances de la Commission :

À Toronto, composer le 416 250-7250
À l'extérieur de Toronto, composer le
1 800 668-0128

This publication is also available in English

Commission des services financiers de l'Ontario
Financial Services Commission of Ontario

NOTE PRATIQUE
PRACTICE NOTE 12

Groupe de règlement des différends / Dispute Resolution Group

CETTE NOTE PRATIQUE S'ADRESSE AUX PERSONNES ASSURÉES

CE QUE LES REQUÉRANTS DOIVENT SAVOIR AU SUJET DES CENTRES D'ÉVALUATION DÉSIGNÉS

QU'EST-CE QUE C'EST LE RÉSEAU DES CENTRES D'ÉVALUATION DÉSIGNÉS (CED)?

Les CED ont été mis sur pied partout en Ontario en 1994 et ont pour objectif de fournir les opinions impartiales concernant les blessures des victimes d'accidents automobiles et les soins ou le traitement qui pourraient être requis.

Chaque CED doit être approuvé par le Comité ministériel du système des CED (Comité des CED), lequel a été nommé par le ministre des Finances et regroupe des consommateurs, des professionnels de la santé, des représentants des compagnies d'assurance et des juristes. Le Comité des CED publie des lignes directrices en vue de permettre aux CED de rédiger des rapports qui soient justes et fondés sur les renseignements les plus récents.

Il existe cinq types d'évaluations des CED :

- Invalidité
- Soins médicaux et de réadaptation
- Soins auxiliaires
- Déficience invalidante [Pour les accidents survenus le 1er novembre 1996 ou après cette date]
- Capacité de gain résiduelle [Pour les accidents survenus entre le 1er janvier 1994 et le 31 octobre 1996]

Les professionnels de la santé de chaque CED ne sont autorisés à effectuer que les types d'évaluations pour lesquels le CED a été approuvé. Certains CED exécutent plus d'un type d'évaluation. Si vous et votre assureur êtes impliqués dans un litige sur plus d'une question, vous pourriez devoir vous soumettre à plus d'une évaluation. Les évaluations distinctes peuvent parfois être executées par un CED au même moment.

COMMENT DÉTERMINE-T-ON QUELS CED PEUVENT EXÉCUTER L'ÉVALUATION?

L'Annexe de la *Loi sur les assurances* de l'Ontario établit quels CED peuvent exécuter l'évaluation :

- Le CED doit être autorisé à exécuter le type d'évaluation requis dans votre cas.
- Si vous demeurez dans la Région du Grand Toronto (la cité de Toronto et les municipalités régionales de Durham, de Halton, de Peel et de York), l'évaluation doit être exécuter par un CED situé dans un rayon de 30 kilomètres de votre résidence.
- Dans toutes les autres régions de l'Ontario, l'évaluation doit être exécutee par un CED situé dans un rayon de 50 kilomètres de votre résidence.

Plus d'un CED habileté à exécuter l'évaluation peuvent être situés dans votre région. Votre compagnie d'assurance vous fournira une liste des CED répondant aux critères de sélection.

Si vous désirez examiner la liste des CED, la liste complète des CED peut être consultée sur le site Web de la CSFO, à l'adresse www.fsco.gov.on.ca (Cliquez sur Secteur des assurances, puis sur Les centres d'évaluation désignés).

Comment procedons-nous conjointement à la sélection d'un CED?

Lorsque la nécessité d'avoir recours à un CED pour une évaluation été déterminée, vous et votre assureur disposez de deux jours ouvrables pour convenir du CED qui effectuera l'évaluation.

Ces deux jours ouvrables débutent le jour suivant réception d'un avis à l'effet que l'évaluation d'un CED est requise. Cet avis peut être émis par vous ou votre assureur.

Il n'y a aucune restrictions quant au CED auquel vous et votre assureur pouvez convenir de faire appel, sauf les restrictions décrites précedemment dans *Comment détermine-t-on quels CED peuvent effectuer l'évaluation?*

Si vous êtes tous deux d'accord sur le choix d'un CED, votre assureur est tenu d'aiguiller votre dossier au CED afin d'amorcer le processus d'évaluation.

Qu'arrive-t-il si nous sommes incapables de sélectionner conjointement un CED?

Si vous et votre assureur êtes incapables de sélectionner conjointement un CED qualifié dans un délai de deux jours ouvrables, votre compagnie d'assurance doit demander à la CSFO de sélectionner le CED qui exécutera l'évaluation.

En vertu du processus de sélection de la CSFO, un CED sera sélectionné à partir de la liste des CED qualifiés.

Le CED sélectionné par la CSFO peut ne pas être le CED le plus près de votre résidence. De plus, ni vous ni votre assureur ne pourrez demander une autre sélection, à moins que le CED retenu par la CSFO ne soit pas en mesure d'exécuter l'évaluation requise (p. ex., pour conflit d'intérêt ou incapacité de respecter les échéanciers requis).

Lorsque la CSFO aura sélectionné un CED, vous sera en serez avisé par votre assureur, qui transmettra alors au CED les renseignements nécessaires pour amorcer le processus d'évaluation.

Quels renseignements doivent être transmis au CED?

Le Plan de référence et de résumé pour l'évaluation designée (OCF-11) doit être rempli par l'assureur. L'OCF-11 requiert que l'assureur indique le type d'évaluation à effectuer et les précisions relatives aux questions en litige.

Tous les renseignements transmis au CED par l'assureur feront partie intégrante de l'évaluation. L'assureur est tenu de transmettre, à vous et au CED, des exemplaires de l'OCF-11A.

Lorsque vous recevrez votre exemplaire de l'OCF-11, vous devriez examiner la liste des documents transmis au CED. Il vous incombe de fournir, au CED, tout autre document, tel que les résultats d'examens récents, pouvant s'avérer utile dans le cadre de la réalisation de l'évaluation.

Avec de plus amples renseignements, le CED sera en mesure d'exécuter une meilleure évaluation et d'aider à résoudre la question en litige.

Que faire si le CED requière davantage de renseignements?

Il peut arriver que, de l'avis du CED, des renseignements importants soient manquants. Le CED peut alors vous demander, ou demander à votre assureur, de fournir les renseignements manquants et vous aviser que l'évaluation pourrait être retardée, tout dépendant de l'information manquante.

Si le CED peut obtenir ces renseignements plus rapidement par lui-même, il peut recueillir les renseignements directement, pourvu que vous lui en ayez donné l'autorisation.

QUE SE PASSE-T-IL APRÈS VOTRE ÉVALUATION PAR UN CED?

Lorsqu'il aura examiné la situation, le CED rédigera un rapport expliquant *clairement* comment l'évaluation a été executée, les résultats de l'évaluation, quelles sont ses conclusions quant à votre situation *et les motifs* justifiant son opinion.

Un rapport écrit final sera rédigé suite à l'évaluation. Aucun rapport écrit final ne peut être produit si certaines parties de l'évaluation n'ont pas encore été complétées. Le CED vous fournira, ainsi qu'à votre assureur, un document écrit décrivant les raisons pour lesquelles l'évaluation n'est pas encore terminée et confirmant qu'aucun rapport final ne sera produit avant que l'évaluation complète n'ait été terminée.

Veuillez prendre note que la seule raison pour laquelle un CED est autorisé à émettre un ajout à un rapport du CED est de préciser les conclusions du CED, de corriger une erreur dans le rapport initial ou de traiter d'un point manquant dans le rapport du CED.

Si de nouveaux renseignements font surface et que les parties conviennent que l'examen du *nouveau* matériel peut modifier l'opinion du CED, des dispositions devraient être prises en vue de la tenue d'une nouvelle évaluation. Aucune partie ne peut demander un rapport « mis à jour » du CED.

Lorsque les parties sont en désaccord quant au rapport du CED ou quant à l'impact de nouveau renseignement sur les conclusions initiales du CED, l'une ou l'autre partie peut demander une médiation auprès du Groupe de règlement des différends de la Commission des services financiers de l'Ontario.

QUE FAIRE SI VOUS DÉSIREZ FORMULER UNE PLAINTE CONCERNANT UN CED?

Le Comité des CED a mis sur pied un processus visant le traitement des plaintes concernant les CED qui n'exécutent pas leurs évaluations en respectant les procedures et lignes directrices publiées par le Comité des CED.

Le Comité des CED ne peut examiner des plaintes qui s'inscrivent hors de son contrôle, y compris les plaintes concernant les pratiques commerciales d'un assureur, l'éthique professionnelle d'un fournisseur de soins de santé ou les conclusions d'un rapport d'un CED.

COMMENT OBTENIR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS?

Si vous avez des questions concernant le système des CED et le processus d'évaluation, vous pouvez les adresser à :

Unité des politiques d'assurance-automobile
Commission des services financiers de l'Ontario
5160, rue Yonge, boîte 85
Toronto (Ontario) M2N 6L9

Vous pouvez également communiquer avec les Services d'assistance téléphonique des CED, au (416) 590-7137 ou 1 800-668-0128, poste 7137.

Si vous désirez obtenir des exemplaires de tout document publié concernant les CED, y compris un liste à jour des CED, veuillez consulter le site Web de la CSFO, au www.fsco.gov.on.ca (Cliquez sur Secteur des assurances, puis sur Les centres d'évaluation désignés).

SECTION D – DROITS ET COTISATIONS

1. Droits ..... D 1-1

2. Cotisation de l'assureur ..... D 1-2

3. Paiement des droits par la personne assurée ..... D 1-2

4. Paiement des droits et de la cotisation par l'assureur ..... D 1-3

SECTION E — RÉGLEMENTATION RELATIVE AUX RÈGLEMENTS

Réglementation relative aux règlements

Pour les règlements faits le ou après le 1er mars 2002 ..... E - 1

Pour les règlements faits avant le 1er mars 2002 ..... E - 4

Formulaires de règlement

Pour les accidents survenus à partir du 1er novembre 1996 ..... E - 6

Pour les accidents survenus entre le 1er janvier 1994 et le 31 octobre 1996 ..... E - 12

Pour les accidents survenus entre le 22 juin 1990 et le 31 décembre 1993 ..... E - 20

POUR LES RÈGLEMENTS FAITS LE OU APRÈS LE 1ER MARS 2002

EXTRAIT DU R.R.O. 1990., RÈGLEMENT 664, TEL QUE MODIFIÉ POUR RÈGLEMENT 275/03. (TRADUCTION NON-OFFICIELLE)

RÈGLEMENTS - INDEMNITÉS D'ACCIDENT LÉGALES

9.1 (1) Aux fins du présent article, « règlement » s'entend d'une entente conclue entre un assureur et une personne assurée qui règle définitivement une demande ou un différend portant sur l'admissibilité de la personne assurée à une ou à plusieurs indemnités en vertu de *l'Annexe sur les indemnités d'accident légales*.

(2) L'assureur donne à la personne assurée un avis écrit de divulgation signé par l'assureur, relativement au règlement.

(3) L'avis de divulgation emprunté une forme approuvée par le surintendant et devra contient les informations suivantes :

1. L'offre de l'assureur relativement au règlement.

2. Une description des indemnités auxquelles la personne assurée peut être admissible en vertu de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*.

3. Une déclaration que la personne assurée a le droit d'annuler le règlement dans les deux jours ouvrables suivant ou le plus récent des jours, si différents, où la personne assurée a signé l'avis de divulgation et l'avis de renonciation, ou, si s'était le même jour, le jour où la personne assurée a signé les deux avis, en livrant un avis écrit au bureau de l'assureur ou, de son représentant et en retournant toute somme d'argent reçue par la personne assurée en contrepartie du règlement.

4. Une description des conséquences du règlement relativement aux indemnités décrites au paragraphe 2, incluant

   (i) une déclaration des restrictions mentionnées dans le règlement relativement au droit de la personne assurée à une médiation, à une poursuite devant les tribunaux judiciaires, à un arbitrage, à un appel ou à une modification d'une ordonnance selon les articles 280 à 284 de la *Loi*, et

   (ii) une déclaration que l'incidence fiscale du règlement peut être differente de l'incidence fiscale sur les indemnités décrites au paragraphe 2.

5. Une déclaration conseillant à la personne assurée de réfléchir à l'option de consulter un avocat, un expert financier ou un médecin indépendant avant de conclure le règlement.

6. Une déclaration signée par la personne assurée dans laquelle celle-ci reconnait avoir lu l'avis de divulgation et avoir réfléchi a l'option de consulter un avocat, un expert financier ou un médecin indépendant avant de conclure le règlement.

(4) La personne assurée a le droit d'annuler le règlement dans les deux jours ouvrables suivant ou le plus récent des si différents, jours, où la personne assurée a signé l'avis de divulgation et l'avis de renonciation ou, si c'était le même jour, le jour où la personne a signé les deux avis.

(5) Si l'assureur n'a pas respecté les paragraphes (2) et (3), la personne assurée a le droit d'annuler le règlement après le délai mentionné au paragraphe (4).

(6) Les paragraphes (4) et (5) ne s'appliquent pas relativement à un règlement qui a été approuvé par une cour en vertu de la Règle 7 des Règles de procédures civiles (partie incapable).

(7) La personne assurée voulant annuler le règlement selon les paragraphes (4) ou (5) livre un avis écrit au bureau de l'assureur ou de son représentant et en retourne toute somme d'argent reçue par la personne assurée en contrepartie du règlement.

(8) Aucune personne ne peut entamer une médiation selon l'article 280 de la *Loi* relativement aux indemnités qui étaient l'objet d'un règlement ou d'un prétendu règlement à moins que ladite personne n'ait retourné toutes somme d'argent reçue en contrepartie du règlement.

(9) Si la personne assurée retourne toute somme d'argent à l'assureur en vertu des paragraphes (7) ou (8) et qu'un litige survient entre l'assureur et la personne assurée relativement à la validité du prétendu règlement ou au droit de la personne assurée à annuler le règlement, l'assureur ne pourra alors détenir l'argent en fiducie jusqu'à ce que le problème soit résolu, moment auquel le montant et tout revenu provenant du montant,

(a) devront être versés à la personne assurée, s'il est déterminé ou convenu que le règlement était valide et qu'il n'a pas été annulé; et

(b) devront être retournés à l'assureur, s'il est déterminé ou convenu qu'il n'y a pas eu règlement ou que ledit règlement était non valide ou annulé.

(10) Une restriction imposée au droit de la personne assurée à une médiation, à une poursuite devant les tribunaux judiciaires, à un arbitrage, à un appel ou à une modification d'une ordonnance, tel que prévu par les articles 280 à 284 de la *Loi* n'est pas entachée de nullité en vertu du paragraphe 279 (2) de la *Loi* dans les cas où :

(a) la restriction est comprise dans un règlement;

(b) à partir de la première date d'anniversaire de le règlement a été conclu l'accident qui a donné lieu à la demande, et

(c) l'assureur s'est conformé aux paragraphes (2) et (3).

(11) Sous réserve du paragraphe (10) (b), une restriction comprise dans un règlement conclu avant la première date d'anniversaire de l'accident qui a donné lieu à la réclamation n'est pas entachée de nullité en vertu du paragraphe 279 (2) de la *Loi* si, en ce qui a trait à la demande,

(a) la personne assurée a introduit une instance devant un tribunal compétent en vertu du paragraphe 281 (1) (a) de la *Loi* et que l'interrogatoire préalable a débuté;

(b) la personne assurée a renvoyé les questions à un arbitre en vertu du paragraphe 281 (1) (b) de la *Loi* et qu'une conférence préparatoire a eu lieu; ou

(c) l'assureur et la personne assurée ont convenu, en vertu du paragraphe 281 (1) (c) de la *Loi*, de soumettre les questions en litige à l'arbitrage conformément à la *Loi de 1991 sur l'arbitrage* et qu'une entente d'arbitrage a été conclue en vertu de cette *Loi*.

(12) Le paragraphe (10) (b) et le paragraphe (11) s'appliquent aux demandes qui n'ont pas été réglées avant le 1er octobre 2003, à moins qu'un avis de divulgation en vertu du paragraphe (2) relativement au règlement ou au prétendu règlement ait été livré à ladite personne assurée avant cette date.

POUR LES RÈGLEMENTS FAITS AVANT LE 1ER MARS 2002

EXTRAIT DU R.R.O. 1990., RÈGLEMENT 664, TEL QUE MODIFIÉ POUR RÈGLEMENT 780/93 (TRADUCTION NON-OFFICIELLE)

RÈGLEMENTS - INDEMNITÉS D'ACCIDENT LÉGALES

9.1 (1) Dans le présent article, « règlement » s'entend d'une entente intervenue entre un assureur et une personne assurée qui règle définitivement une demande de règlement ou un litige portant sur le droit de la personne assurée à une ou à plusieurs indemnités en vertu de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*.

(2) Avant de l'entamer le règlement un différend entre un assureur et une personne assurée, l'assureur donne à la personne assurée un avis par écrit qui comporte ce qui suit :

1. Une description des indemnités auxquelles la personne assurée peut avoir droit en vertu de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales* et toutes autres indemnités auxquelles elle peut avoir droit en vertu d'un contrat d'assurance automobile.

2. Une description de l'effet que le règlement exerce sur les indemnités décrites aux termes de la disposition 1, y inclus une déclaration des restrictions que le règlement impose au droit de la personne assurée à une médiation, à une poursuite devant les tribunaux judiciaires, à un arbitrage, à un appel ou à une modification d'une ordonnance, tel que prévu par les article 280 à 284 de la *Loi*.

3. Une déclaration que la personne assurée a le droit d'annuler le règlement dans les deux jours ouvrables qui suivent la conclusion du règlement en livrant un avis par écrit en ce sens à l'assureur.

4. Une déclaration que l'incidence fiscale du règlement peut être différente de l'incidence fiscale prévue par la disposition 1 des présentes.

5. Si le règlement prévoit le paiement d'une somme forfaitaire offerte par l'assureur et, relativement à une indemnité prévue par l'Annexe sur les indemnités d'accident légales qui n'est pas une somme forfaitaire, le règlement impose une restriction au droit de la personne assurée à une médiation, à une poursuite devant les tribunaux judiciaires, à un arbitrage, à un appel ou à une modification d'une ordonnance, tel que prévu par les article 280 à 284 de la *Loi*, une déclaration de la valeur estimative de rachat de l'indemnité, et une explication de la méthode de calcul employée par l'assureur.

6. Une déclaration conseillant la personne assurée de consulter un avocat, un expert financier ou un médecin indépendant avant de conclure le règlement.

(3) La personne assurée a le droit d'annuler le règlement dans les deux jours ouvrables qui suivent la conclusion du règlement en livrant un avis par écrit en ce sens à l'assureur.

(4) Si l'assureur n'a pas respecté le paragraphe (2), la personne assurée a le droit d'annuler le règlement après le délai mentionné au paragraphe (3) en livrant un avis par écrit en ce sens à l'assureur.

(5) Une restriction imposée au droit de la personne assurée à une médiation, à une poursuite devant les tribunaux judiciaires, à un arbitrage, à un appel ou à une modification d'une ordonnance, tel que prévu par les article 280 à 284 de la *Loi* n'est pas entachée de nullité au titre du paragraphe 279 (2) de la *Loi* dans le cas où :

(a) la restriction figure dans un règlement; et

(b) l'assureur s'est conformé aux exigences du paragraphe (2). Règl. de l'Ont. 780/93, art. 7.

AVIS DE DIVULGATION RELATIF À UN RÈGLEMENT

RÈGLEMENT DÉFINITIF D'UNE DEMANDE D'INDEMNITÉS D'ACCIDENT LÉGALES
PROJET DE LOI 59

(Pour les accidents survenus depuis le 1er novembre 1996)

AVIS ET MISE EN GARDE

Votre assureur est tenu de vous remettre le présent AVIS DE DIVULGATION RELATIF À UN RÈGLEMENT si vous avez tous les deux consentis à un règlement au comptant qui mettra fin de façon permanente à vos droits à une indemnité d'accident ou plus. Cet AVIS DE DIVULGATION RELATIF À UN RÈGLEMENT doit être rempli et signé par votre assureur Probablement que votre assureur vous demandera également de signer une quittance de règlement.

- SAUF QUELQUES EXCEPTIONS, VOUS NE POUVEZ AVOIR UN RÈGLEMENT AU COMPANT AU COURS DE L'ANNÉE SUIVANT LA DATE DE L'ACCIDENT.[1]
- VOUS DEVRIEZ DEMANDER DES CONSEILS JURIDIQUES, FINANCIERS ET MÉDICAUX AVANT DE SIGNER UNE QUITTANCE DE RÈGLEMENT.
- SI VOUS SIGNEZ CET AVIS DE DIVULGATION RELATIF À UN RÈGLEMENT ET UNE QUITTANCE DE RÈGLEMENT, VOUS RENONCEREZ À DES DROITS PRÉSENTS ET FUTURS MÊME S'IL Y A UN CHANGEMENT DE VOTRE ÉTAT.
- SI VOUS DÉCIDEZ DE NE PAS SIGNER, VOS INDEMNITÉS NE SERONT PAS TOUCHÉES OU RÉDUITES.
- SI VOUS SIGNEZ CET AVIS ET UNE QUITTANCE VOUS AUREZ 2 JOURS OUVRABLES POUR CHANGER D'AVIS.
- VOUS AVEZ LE DROIT DE DEMANDER TOUTE INFORMATION MÉDICALE RELATIVE À VOTRE DEMANDE COMPRISE DANS LE DOSSIER DE VOTRE ASSUREUR ET D'EN OBTENIR UNE COPIE AUX FRAIS DE L'ASSUREUR. SI VOUS VOULEZ VOIR CETTE INFORMATION, DEMANDEZ À VOTRE ASSUREUR DE VOUS EN REMETTRE UNE COPIE.

VEUILLEZ LIRE TOUT CE DOUCMENT SOIGNEUSEMENT

[1]Vous pouvez accepter un règlement au comptant au cours de l'année suivant la date de l'accident si, au cours de la même période, vous avez initié un procès et commencé une communication préalable; ou alors vous avez confié le litige à un arbitre de la Commission des services financiers de l'Ontario et terminé une conférence préalable; ou alors vous et votre assureur avez consenti à un arbitrage privé et avez accepté un compromis.

Formulaire ADRR -198 (10/03)

OFFRE DE L'ASSUREUR DE VERSER DES PRESTATIONS

OFFRE DE VERSER DES PRESTATIONS DE REMPLACEMENT DU REVENU

On vous a offert _____ $ pour toutes les prestation de remplacement du revenu passées et futures

OFFRE DE VERSER DES PRESTATIONS DE PERSONNE SANS REVENU

On vous a offert _____ $ pour toutes les prestation passées et futures de personne sans revenu

OFFRE DE VERSER DES PRESTATIONS DE SOIGNANT

On vous a offert _____ $ pour toutes les prestations de soignant passées et futures

OFFRE DE VERSER DES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ

On vous a offert _____ $ pour toutes les prestations de soins de santé passées et futures

OFFRE DE VERSER DES PRESTATIONS DE RÉADAPTATION

On vous a offert _____ $ pour toutes les prestations de réadaptation passées et futures

OFFRE DE VERSER DES PRESTATIONS DE SOINS AUXILIAIRES

On vous a offert _____ $ pour toutes les prestations de soins auxilliaires passées et futures

OFFRE DE VERSER DES PRESTATIONS DE DÉCÈS ET DE FRAIS FUNÉRAIRES

On vous a offert _____ $ pour toutes les prestations de décès et de frais funéraires passées et futures

OFFRE DE VERSER DES PRESTATIONS POUR LE PAIEMENT D'AUTRES DÉPENSES (préciser) _____

On vous a offert _____ $ pour toutes les prestations pour autres dépenses passées et futures

OFFRE DE VERSER TOUT AUTRE ARTICLE (préciser)

On vous a offert _____ $ pour tout autre article

OFFRE TOTALE _____ **$**

Veuillez fournir tout détail supplémentaire :

Formulaire ADRR -198 (10/03)

QU'ARRIVE-T-IL LORSQUE VOUS ACCEPTEZ UN RÈGLEMENT ?

LA SIGNATURE DE CET AVIS ET DE LA QUITTANCE ENTRAÎNE CERTAINES CONSÉQUENCES À L'ÉGARD DU RÈGLEMENT

- Votre demande d'indemnités est réglée de façon définitive et permanente en contrepartie des prestations spécifiées. Vous renoncez de façon définitive au droit de faire valoir une telle demande d'indemnités, même si vos problèmes de santé s'aggravent.

- Vous renoncez de façon permanente au droit stipulé par la *Loi sur les assurances*, de contester, d'arbitrer, d'en appeler, de faire une demande de modification ou de procéder à un contrôle judiciaire par une cour à l'égard des prestations qui font l'objet du règlement.

- Les répercussions fiscales du règlement peuvent différer des répercussions fiscales relatives aux prestations décrites. En général, tout revenu d'investissement gagné sur le montant en espèces du règlement peut être soumis à l'impôt.

Exemple

Si vous avez droit à des prestations de revenu hebdomadaire et que vous acceptez un règlement de 20 000 $, que vous investissez, tout revenu d'investissement que vous recevez sera probablement imposable. Si vous choisissez de recevoir des prestations de revenu hebdomadaire au lieu d'un règlement, vos prestations hebdomadaires ne seront probablement pas imposables.

ON VOUS ENCOURAGE À SOLLICITER DES CONSEILS JURIDIQUES, FINANCIERS OU MÉDICAUX AVANT D'ACCEPTER UN RÈGLEMENT. CELA EST D'AUTANT PLUS IMPORTANT SI VOUS SOUFFREZ D'UNE DÉFICIENCE INVALIDANTE*

***Qu'est-ce qu'une déficience invalidante ?**
Par déficience invalidante, on entend les cas suivants : paraplégie ou quadriplégie, amputation ou tout autre invalidité causant une perte totale et permanente de l'utilisation des deux bras ou perte totale et permanente d'un bras et d'une jambe ou des deux jambes, perte totale de la vue, certaines blessures cérébrales, des troubles mentaux et comportementaux importants ou extrêmes et d'autres associations d'invalidité résultant en une invalidité globale de 55 % et plus. Une détermination doit être faite par des experts médicaux. Si vous croyez que vos déficiences peuvent être invalidantes, vous devriez communiquer avec vos conseillers juridiques et médicaux. **Si votre déficience est invalidante, le montant des prestations médicales, de réadaptation et de soins auxiliaires auquel vous avez droit change de façon importante (voir « Description des prestations »**

DESCRIPTION DES PRESTATIONS

LES DÉTAILS DES PRESTATIONS, VOS DROITS ET RESPONSABILITÉS SONT EXPLIQUÉS DANS *L'ANNEXE SUR LES INDEMNITÉS D'ACCIDENT LÉGALES DE LA LOI SUR LES ASSURANCES* (ONTARIO)

Les prestations fournies en vertu de l'Annexe sur les indemnités d'accident légales sont complexes et élaborées. Vous trouverez ci-après une brève description de ces prestations.

Prestations de remplacement du revenu
Ces prestations viennent remplacer une perte de revenu si vous êtes incapable d'effectuer les tâches essentielles de l'emploi que vous occupiez avant l'accident. Ces prestations représentent 80 % de votre revenu avant l'accident. Les prestations maximales sont de 400 $ par semaine. Toutefois, si vous êtes couvert par la garantie de remplacement de revenu hebdomadaire facultative, les prestations maximales peuvent être de 600 $, 800 $ ou 1 000 $ par semaine.

Prestations de personne sans revenu d'emploi
Ces prestations sont versées si vous êtes complètement incapable d'avoir une vie normale et si vous n'êtes pas admis aux prestations de remplacement du revenu ou aux prestations de personne soignante. Ces prestations sont de 185 $ par semaine, mais elles peuvent être de 320 $ si vous étiez étudiant ou récemment diplômé. Les prestations sont versées 26 semaines après la date où vous devenez complètement incapable d'avoir une vie normale.

Prestations de personne soignante
Ces prestations vous sont versées si vous ne pouvez continuer à être la principale personne soignante d'une personne habitant avec vous, tel un enfant de moins de 16 ans ou toute autre personne ayant besoin de soins. Les prestations sont versées pour des dépenses allant jusqu'à 250 $ par semaine. Toutefois, si vous fournissez des soins à plus d'une personne la limite est accrue de 50 $ pour chaque personne supplémentaire. Si vous êtes couvert par la garantie facultative pour personne soignante, les prestations règlent des dépenses jusqu'à 325 $ par semaine et 75 $ par semaine sont ajoutés pour chaque personne supplémentaire.

Prestations pour soins de santé
Prestations versées pour des frais médicaux engagés à la suite de vos blessures. Ce sont des dépenses qui ne sont pas couvertes par un autre régime d'assurance-maladie, tel que l'Assurance-santé de l'Ontario ou tout autre régime d'assurance-maladie de l'employeur.

Prestations de réadaptation
Ces prestations viennent régler les frais de réadaptation engagés à la suite de vos blessures. Ce sont des dépenses qui ne sont couvertes par aucun autre régime.

DESCRIPTION DES PRESTATIONS (suite)

Prestations pour soins auxiliaires
Ces prestations viennent régler les dépenses engagées pour les services d'un aide, d'un préposé ou les services fournis par un établissement de soins à long terme.

Prestations maximales pour soins de santé, de réadaptation et pour soins auxiliaires
Le montant maximal versé pour les dépenses médicales et de réadaptation réunies est de 100 000 $ sur une limite de temps de 10 ans, et de 72 000 $ pour les soins auxiliaires sur une limite de temps de deux ans. Si votre déficience est invalidante, le montant maximal est de 1 000 000 $ pour les dépenses médicales et de réadaptation et de 1 000 000 $ pour les dépenses de soins auxiliaires, sans limite de temps. Si vous êtes couvert par des garanties facultatives pour soins de santé, de réadaptation et pour soins auxiliaires, un montant supplémentaires de 1 000 000 $ en plus des prestations de base sera offert.

Paiement d'autres dépenses
Ces prestations viennent régler d'autres dépenses telles que les dépenses engagées pour les membres de la famille qui vous visitent pendant votre traitement ou votre convalescence. Cette garantie vient également couvrir les frais de ménage et d'entretien ménager, la réparation ou le remplacement d'articles perdus ou endommagés dans l'accident, tels que vêtements, verres pour la vue, dentiers, appareils auditifs, prothèses et dispositifs médicaux ou dentaires et les frais d'étude perdus. Cette garantie couvre également les coûts raisonnalbes pour les examens obtenus aux fin de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*.

Prestations de décès
Garantie versée aux membres de la famille d'une personne tuée dans un accident automobile. Une somme de 25 000 $ est versée au conjoint survivant, 10 000 $ à chaque personne à charge et un total de 10 000 $ à une personne à l'égard de laquelle la personne décédée était une personne à charge. Les montants sont doublés si vous êtes couvert par des garanties facultatives.

Frais funéraires
Cette garantie verse une somme allant jusqu'à 6 000 $ en règlement des frais funéraires. Le montant maximal est de 8 000 $ si vous êtes couvert par des garanties facultatives.

Garanties facultatives
Les garanties facultatives viennent augmenter le montant des garanties de base. Elles doivent être souscrites avant un accident. Les garanties facultatives sont : garantie supplémentaire de remplacement du revenu, garantie supplémentaire pour personne soignante et personne à charge, garanties supplémentaires pour soins de santé, soins de réadaptation et soins auxiliaires, garanties supplémentaires de décès et pour frais funéraires et garantie d'indexation facultative. **Vous devriez consulter votre assureur et vos conseillers pour déterminer si vous êtes couvert par les garanties facultatives.**

Formulaire ADRR -198 (10/03)

DIVULGATION ET ATTESTATION DE L'ASSUREUR

L'assureur reconnait avoir mis à la disposition de la personne assurée ou du représentant de la personne assurée tout rapport, dossier et information d'ordre médical conservés dans les dossiers de l'assureur et se rapportant à la personne assurée.

J'atteste que l'information contenue dans le présent Avis est complète et exacte

Représentant de l'assureur _____

N° de Téléphone _____

Nom de l'ombudsman de
la compagnie d'assurance* _____

N° de Téléphone _____

*Si vous avez des plaintes au sujet de votre demande d'indemnités, vous pouvez communiquer avec l'ombudsman qui examinera la question et tentera de la résoudre avec vous.

Date _____

ATTESTATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

Je reconnais avoir reçu et lu l'Avis de divulgation relatif à un règlement ci-dessus qui m'a été fourni par mon assureur et j'ai déterminé si je devais ou non obtenir des conseils juridiques, financiers et médicaux.

_____ Date _____

Signature de la personne assurée

SI VOUS CHANGEZ D'AVIS

SI VOUS CHANGEZ D'AVIS APRÈS AVOIR ACCEPTÉ DE RÈGLER VOTRE DEMANDE EN SIGNANT UNE QUITTANCE DE RÈGLEMENT, VOUS DEVEZ :

AVISER VOTRE ASSUREUR PAR ÉCRIT ET RETOURNER TOUS LES FONDS DE RÈGLEMENT QUE VOUS AVEZ REÇUS DANS LES 2 JOURS OUVRABLES APRÈS AVOIR SIGNÉ LA QUITTANCE.

SI VOUS AVEZ SIGNÉ LA QUITTANCE ET QUE VOUS AVEZ SIGNÉ UN AVIS DE DIVULGATION PAR LA SUITE, VOUS AVEZ 2 JOURS OUVRABLES À COMPTER DE LA DATE À LAQUELLE VOUS AVEZ SIGNÉ L'AVIS DE DIVULGATION POUR AVISER L'ASSUREUR ET RETOURNER TOUS LES FONDS DE RÈGLEMENT QUE VOUS AVEZ REÇUS.

Formulaire ADRR -198 (10/03)

AVIS DE DIVULGATION RELATIF À UN RÈGLEMENT

RÈGLEMENT DÉFINITIF D'UNE DEMANDE D'INDEMNITÉS D'ACCIDENT LÉGALES
PROJET DE LOI 164

(*Accidents survenus entre le 1er janvier 1994 et le 31 octobre 1996)

AVIS ET MISE EN GARDE

Votre assureur est tenu de vous donner cet AVIS DE DIVULGATION RELATIF À UN RÈGLEMENT si vous vous êtes tous deux entendus sur un règlement en espèces qui mettra fin de manière permanente à votre droit à une ou plusieurs indemnités d'accident. L'assureur doit remplir et signer l'AVIS DE DIVULGATION. Il vous remettra aussi probablement une renonciation à signer.

- AVANT DE SIGNER UNE RENONCIATION, VOUS DEVRIEZ DEMANDER CONSEIL AUPRÈS D'UN CONSEILLER JURIDIQUE, D'UN CONSEILLER FINANCIER ET D'UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ.
- SI VOUS SIGNEZ CET AVIS DE DIVULGATION ET LA RENONCIATION, VOUS RENONCEZ AUX DROITS QUE VOUS POURRIEZ AVOIR AUJOURD'HUI OU À L'AVENIR, MÊME SI VOTRE ÉTAT DE SANTÉ CHANGE.
- SI VOUS CHOISISSEZ DE NE PAS SIGNER, VOS INDEMNITÉS NE SERONT PAS RÉDUITES OU AUTREMENT CHANGÉES.
- SI VOUS SIGNEZ L'AVIS DE DIVULGATION ET LA RENONCIATION, VOUS AVEZ 2 JOURS OUVRABLES POUR CHANGER D'AVIS.
- VOUS AVEZ LE DROIT DE VOIR TOUTE INFORMATION MÉDICALE FIGURANT AUX DOSSIERS DE L'ASSUREUR RELATIVEMENT À VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT, ET D'EN OBTENIR UNE COPIE AUX FRAIS DE L'ASSUREUR. SI VOUS DÉSIREZ RECEVOIR CETTE INFORMATION, VEUILLEZ EN DEMANDER UNE COPIE À L'ASSUREUR.

VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT TOUT LE DOCUMENT.

OFFRE DE RÈGLEMENT PRÉSENTÉE PAR L'ASSUREUR

OFFRE RELATIVE À L'INDEMNITÉ DE REMPLACEMENT DE REVENU

L'assureur vous offre _____ $ pour couvrir toutes les indemnités passées et futures au titre de la garantie du remplacement de poursuivre les études, si vous étiez sans revenu.

OFFRE RELATIVE À L'INDEMNITÉ POUR INCAPACITÉ DE POURSUIVRE SES ÉTUDES

L'assureur vous offre _____ $ pour couvrir toutes les indemnités hebdomadaires passées et futures au titre de la garantie de l'incapacité de poursuivre les études, si vous étiez sans revenu.

L'assureur vous offre _____ $ pour couvrir toutes les indemnités forfaitaires passées et futures au titre de la garantie de l'incapacité de poursuivre ses études.

OFFRE RELATIVE À L'INDEMNITÉ DE SOIGNANT

L'assureur vous offre _____ $ pour couvrir toutes les indemnités passées et futures au titre de la garantie de l'indemnité de soignant.

OFFRE RELATIVE AUX AUTRES INDEMNITÉS D'INVALIDITÉ

L'assureur vous offre _____ $ pour couvrir toutes les autres indemnités d'invalidité passées et futures.

OFFRE RELATIVE À L'INDEMNITÉ POUR PERTE DE CAPACITÉ DE GAIN

L'assureur vous offre _____ $ pour couvrir toutes les indemnités passées et futures au titre de la garantie de la perte de capacité de gain.

OFFRE RELATIVE À L'INDEMNITÉ COMPLÉMENTAIRE POUR FRAIS MÉDICAUX

L'assureur vous offre _____ $ pour couvrir toutes les indemnités passées et futures au titre de la garantie des frais médicaux.

OFFRE RELATIVE À L'INDEMNITÉ DE RÉADAPTATION

L'assureur vous offre _____ $ pour couvrir toutes les indemnités passées et futures au titre de la garantie des frais de réadaptation.

OFFRE RELATIVE À L'INDEMNITÉ DE SOINS AUXILIAIRES

L'assureur vous offre _____ $ pour couvrir toutes les indemnités passées et futures au titre de la garantie des soins auxiliaires.

OFFRE RELATIVE AUX PRESTATIONS DE DÉCÈS

L'assureur vous offre _____ $ pour couvrir toutes les prestations passées et futures au titre de la garantie décès.

Formulaire ADRR -68 (10/03)

OFFRE RELATIVE A L'INDEMNITÉ DE FRAIS FUNÉRAIRES

L'assureur vous offre _____ $ pour couvrir toutes les indemnités passées et futures au titre de la garantie des frais funéraires.

OFFRE RELATIVE AUX AUTRES INDEMNITÉS POUR PERTES PÉCUNIAIRES
(préciser) _____

L'assureur vous offre _____ $ pour couvrir toutes les indemnités passées et futures au titre de la garantie des autres pertes pécuniaires.

OFFRE RELATIVE A TOUTE AUTRE INDEMNITÉ D'ACCIDENT
(préciser) _____

L'assureur vous offre _____ $ pour couvrir toute autre indemnité d'accident.

RÈGLEMENT TOTAL OFFERT _____ **$**

Fournir toute autre information utile :

QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS ACCEPTEZ L'OFFRE DE RÈGLEMENT ?

SI VOUS SIGNEZ LE PRÉSENT AVIS DE DIVULGATION ET LA RENONCIATION, VOUS ACCEPTEZ LE RÈGLEMENT OFFERT. VOICI LES CONSÉQUENCES QUE CELA ENTRAÎNE :

- Votre demande relative aux indemnités spécifiées est réglée définitivement, et le règlement offert est final. Vous renoncez pour toujours au droit de présenter à l'avenir des demandes de règlement à l'égard de ces mêmes indemnités, même si vos problèmes de santé empirent.

- Vous renoncez pour toujours au droit que vous avez aux termes de la *Loi sur les assurances* de demander une médiation, d'intenter une poursuite, de demander un arbitrage, d'interjeter appel, de présenter une demande de modification ou de demander une révision judiciaire par un tribunal relativement aux indemnités faisant l'objet de ce règlement.

- Le traitement fiscal du montant de règlement payé peut être différent du traitement fiscal des indemnités décrites. Généralement, tout revenu de placement obtenu sur un montant de règlement en espèces peut être imposable.

Exemple

Vous avez droit à des indemnités de revenu hebdomadaires et vous acceptez, pour cette garantie, un règlement global de 20 000 $, que vous placez par la suite. Il est probable que l'intérêt obtenu sur ce placement soit imposable. Si, au lieu du règlement global, vous choisissez de recevoir des indemnités hebdomadaires, ces indemnités ne seront probablement pas imposables.

IL EST RECOMMANDÉ DE DEMANDER CONSEIL AUPRÈS D'UN CONSEILLER JURIDIQUE, D'UN CONSEILLER FINANCIER ET D'UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ AVANT D'ACCEPTER UN RÈGLEMENT.

DESCRIPTION DES INDEMNITÉS

LES INDEMNITÉS, VOS DROITS ET VOS RESPONSABILITÉS SONT DÉCRITS DANS L'ANNEXE SUR LES INDEMNITÉS D'ACCIDENT LÉGALES DE LA *LOI SUR LES ASSURANCES DE L'ONTARIO*. VOTRE SOCIÉTÉ D'ASSURANCE A L'OBLIGATION DE VOUS INFORMER DES INDEMNITÉS DISPONIBLES.

Les indemnités prévues aux termes de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales* sont complexes et décrites en détail dans l'*Annexe*. Voici ci-dessous une brève description de ces indemnités.

Indemnité de remplacement de revenu

Cette indemnité vous dédommage pour les pertes de revenu si vous êtes dans l'incapacité d'accomplir les tâches essentielles de l'emploi que vous occupiez avant l'accident. Vous pouvez avoir droit à l'indemnité si vous étiez salarié ou si vous travailliez à votre compte à un moment donné au cours des 3 années précédant l'accident; ou si, au moment de l'accident : vous étiez en grève ou en lock-out; vous faisiez l'objet d'une mise en disponibilité; vous étiez en congé parental ou en congé de maternité; ou vous alliez commencer à travailler dans l'année conformément à un contrat conclu avant l'accident. L'indemnité est égale à 90% du revenu net que vous touchiez avant l'accident, et elle est indexée sur le coût de la vie tous les ans. L'indemnité maximale dépendra de l'année de l'accident et de la durée de l'invalidité. L'indemnité minimale est de 185 $ par semaine; elle n'est pas indexée.

Indemnité pour incapacité de poursuivre ses études

Indemnité hebdomadaire : Cette indemnité est payable après l'âge de 16 ans si vous êtes étudiante ou étudiant à temps plein et que vous êtes dans l'incapacité de poursuivre vos études ou de mener une vie normale. L'indemnité hebdomadaire est égale à 50 % de la rémunération hebdomadaires moyenne nette des salariés de l'Ontario; elle est indexée tous les ans.

Indemnité forfaitaire : Une indemnité forfaitaire est versée pour chaque année d'études manquée, si vous êtes dans l'incapacité de poursuivre ou de terminer avec succès une ou plusieurs années d'études, ou un ou plusieurs semestres de votre programme d'études organisé en semestres. L'indemnité forfaitaire maximale est indexée tous les ans.

Indemnité de soignant

Cette indemnité vous dédommage si vous êtes le principal soignant d'un membre de votre foyer, notamment d'un enfant de moins de 16 ans ou d'une autre personne ayant besoin de soins, et si vous êtes dans l'incapacité de poursuivre vos activités de soignant habituelles ou que vous êtes dans l'incapacité partielle ou totale de mener une vie normale. L'indemnité maximale est indexée tous les ans.

Autres indemnités d'invalidité

Ces indemnités sont versées si vous êtes dans l'incapacité partielle ou totale de mener une vie normale et que vous n'avez pas droit à d'autres indemnités hebdomadaires. L'indemnité est de 185 $ par semaine; elle n'est pas indexée.

Indemnité pour perte de capacité de gain
Cette indemnité de longue durée vous dédommage si vous continuez d'être admissible à des indemnités hebdomadaires au-delà de 104 jours après la date à laquelle votre invalidité a débuté à l'origine. Elle remplace l'indemnité de remplacement de revenu, l'indemnité de soignant hebdomadaire, l'indemnité hebdomadaire pour incapacité de poursuivre ses études ou les autres indemnités d'invalidité. Cette indemnité est établie en fonction de la différence entre la capacité de gain avant l'accident et après l'accident.

Indemnité complémentaire pour frais médicaux
Cette indemnité vous dédommage de certains frais médicaux engagés à la suite de vos blessures, lorsque ces frais ne vous sont pas remboursés par un autre régime d'assurance-santé, comme l'Assurance-santé de l'Ontario ou le régime d'assurance-santé de l'employeur.

Indemnité de réadaptation
Cet indemnité vous dédommage des frais de réadaptation engagés du fait de vos blessures, lorsque ces frais ne vous sont pas remboursés par un autre régime d'assurance-santé, comme l'Assurance-santé de l'Ontario ou le régime d'assurance-santé de l'employeur.

Montant maximal des indemnités pour frais médicaux et frais de réadaptation
Le montant maximal viager payable au titre des deux garanties réunies – Indemnité complémentaire pour frais médicaux et Indemnité de réadaptation – est de 1 000 000 $. Ce montant est indexé tous les ans. Le montant maximal dépendra de la date de l'accident.

Indemnité de soins auxiliaires
Cette indemnité vous dédommage des frais engagés pour les soins fournis par un aide ou par un établissement de soins de longue durée. L'indemnité maximale est de 3 000 $ par mois; aucun plafond viager n'est prévu. Dans le cas de certaines blessures, l'indemnité maximale peut être de 6 000 $ ou de 10 000 $ par mois. Ces montants maximaux sont indexés tous les ans.

Prestations de décès
Ces prestations sont versées à certains membres de la famille d'une personne décédée dans un accident automobile. Le montant maximal payable au conjoint survivant est calculé en fonction du revenu de la personne décédée, selon la formule suivante : revenu hebdomadaire net multiplié par 187,2. Une indemnité forfaitaire est aussi versée à toute personne qui était à la charge de la personne décédée. Si la personne décédée était à la charge d'une autre personne – un parent ou un soignant – une indemnité forfaitaire est versée à cette personne.

Indemnité de frais funéraires
Cette indemnité rembourse les frais funéraires engagés relativement à la personne décédée dans l'accident. L'indemnité maximale est indexée tous les ans.

Formulaire ADRR -68 (10/03)

Autres indemnités pour pertes pécuniaires

Ces indemnités vous dédommagent de certains autres frais, comme les frais engagés par des membres de la famille pour vous rendre visite pendant le traitement ou la convalescence; les frais supplémentaires engagés pour les personnes à charge, si vous recevez l'indemnité de remplacement de revenu; les frais engagés pour les travaux ménagers et l'entretien du domicile; la réparation ou le remplacement de biens perdus ou endommagés dans l'accident (vêtements, articles personnels, dentiers, appareils auditifs, prothèses et appareils médicaux ou dentaires). Ces indemnités couvrent aussi les frais raisonnables engagés pour les examens obtenus dans le cadre de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*.

DIVULGATION ET CONFIRMATION DE L'ASSUREUR

L'assureur confirme qu'il a mis à la disposition de la personne assurée ou du représentant de celle-ci tous les rapports et dossiers médicaux et toute autre information de nature médicale se rapportant à la personne assurée et conservés dans les dossiers de l'assureur.

J'atteste que l'information donnée dans le présent Avis de divulgation est complète et exacte.

Représentant de l'assureur _____

Téléphone _____

Nom de l'agent de liaison avec l'ombudsman* _____

Téléphone _____

*Si vous avez une plainte au sujet de votre demande de règlement, vous pouvez contacter la personne qui, chez l'assureur, est responsable de la liaison avec l'ombudsman; l'agent de liaison examinera le problème et essaiera de le résoudre avec vous.

Date _____

CONFIRMATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

Je confirme que j'ai reçu et lu le présent Avis de divulgation relatif au règlement que l'assureur m'a communiqué; et j'ai examiné l'opportunité de demander conseil ou non auprès d'un conseiller juridique, d'un conseiller financier et d'un professionnel de la santé.

_____ Date _____

Signature de la personne assurée

SI VOUS CHANGEZ D' AVIS

SI VOUS CHANGEZ D'AVIS APRÈS AVOIR ACCEPTÉ LE RÈGLEMENT OFFERT EN SIGNANT UNE RENONCIATION :

VOUS DEVEZ EN AVISER PAR ÉCRIT L'ASSUREUR ET LUI RENVOYER DANS LES 2 JOURS OUVRABLES SUIVANT LA SIGNATURE DE LA RENONCIATION TOUTE SOMME REÇUE AUX TERMES DU RÈGLEMENT.

SI VOUS AVEZ SIGNÉ UNE RENONCIATION ET QUE VOUS SIGNEZ PLUS TARD CET AVIS DE DIVULGATION, VOUS AVEZ 2 JOURS OUVRABLES À PARTIR DE LA DATE DE LA SIGNATURE DE L'AVIS DE DIVULGATION POUR AVISER L'ASSUREUR ET LUI RENVOYERLUI RENVOYER LA SOMME REÇUE AUX TERMES DU RÈGLEMENT.

Formulaire ADRR -68 (10/03)

AVIS DE DIVULGATION RELATIF À UN RÈGLEMENT

RÈGLEMENT DÉFINITIF D'UNE DEMANDE D'INDEMNITÉS D'ACCIDENT LÉGALES
PROJET DE LOI 68

(*Accidents survenus entre le 22 juin 1990 et le 31 décembre 1993)

AVIS ET MISE EN GARDE

Votre assureur est tenu de vous donner cet AVIS DE DIVULGATION RELATIVEMENT À UN RÈGLEMENT si vous vous êtes tous deux entendus sur un règlement en espèces qui mettra fin de manière permanente à votre droit à une ou plusieurs indemnités d'accident. L'assureur doit remplir et signer l'AVIS DE DIVULGATION. Il vous remettra aussi probablement une renonciation à signer.

- **AVANT DE SIGNER UNE RENONCIATION, VOUS DEVRIEZ DEMANDER CONSEIL AUPRÈS D'UN CONSEILLER JURIDIQUE, D'UN CONSEILLER FINANCIER ET D'UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÈ.**
- **SI VOUS SIGNEZ CET AVIS DE DIVULGATION ET LA RENONCIATION, VOUS RENONCEZ AUX DROITS QUE VOUS POURRIEZ AVOIR AUJOURD'HUI OU À L'AVENIR, MÊME SI VOTRE ÉTAT DE SANTÉ CHANGE.**
- **SI VOUS CHOISISSEZ DE NE PAS SIGNER, VOS INDEMNITÉS NE SERONT PAS RÉDUITES OU AUTREMENT CHANGÉES.**
- **SI VOUS SIGNEZ L'AVIS DE DIVULGATION ET LA RENONCIATION, VOUS AVEZ 2 JOURS OUVRABLES POUR CHANGER D'AVIS.**
- **VOUS AVEZ LE DROIT DE VOIR TOUTE INFORMATION MÉDICALE FIGURANT AUX DOSSIERS DE L'ASSUREUR RELATIVEMENT À VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT, ET D'EN OBTENIR UNE COPIE AUX FRAIS DE L'ASSUREUR. SI VOUS DÈSIREZ RECEVOIR CETTE INFORMATION, VEUILLEZ EN DEMANDER UNE COPIE À L'ASSUREUR.**

VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT TOUT LE DOCUMENT.

OFFRE DE RÈGLEMENT PRÉSENTÉE PAR L'ASSUREUR

OFFRE RELATIVE À L'INDEMNITÉ DE REVENU HEBDOMADAIRE

L'assureur vous offre _____ $ pour couvrir toutes les indemnités passées et futures au titre de la garantie d'indemnité de revenu hebdomadaire.

OFFRE RELATIVE À L'INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE POUR PERSONNE SANS REVENU

L'assureur vous offre _____ $ pour couvrir toutes les indemnités passées et futures au titre de la garantie des personnes sans revenu.

OFFRE – INDEMNITÉ COMPLÉMENTAIRE POUR FRAIS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION

L'assureur vous offre _____ $ pour couvrir toutes les indemnités passées et futures au titre de la garantie des frais médicaux et de réadaptation.

OFFRE RELATIVE À L'INDEMNITÉ DE SOINS AUXILIAIRES

L'assureur vous offre _____ $ pour couvrir toutes les indemnités passées et futures au titre de la garantie des soins auxiliaires.

OFFRE RELATIVE AUX VÊTEMENTS, VERRES CORRECTEURS, APPAREILS AUDITIFS ET AUTRES APPAREILS)

L'assureur vous offre _____ $ pour couvrir toutes les indemnités passées et futures au titre de la garantie des vêtements, des verres correcteurs, des appareils auditifs et autres appareils.

OFFRE RELATIVE À L'INDEMNITÉ DE FRAIS FUNÉRAIRES

L'assureur vous offre _____ $ pour couvrir toutes les indemnités passées et futures au titre de la garantie des frais funéraires.

OFFRE RELATIVE AUX PRESTATIONS DE DÉCÈS

L'assureur vous offre _____ $ pour couvrir toutes les prestations passées et futures au titre de la garantie décès.

OFFRE RELATIVE À TOUTE AUTRE INDEMNITÉ D'ACCIDENT (préciser)_____

L'assureur vous offre _____ $ pour couvrir toute autre indemnité d'accident.

RÈGLEMENT TOTAL OFFERT_____ **$**

Fournir toute autre information utile :

QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS ACCEPTEZ L'OFFRE DE RÈGLEMENT ?

SI VOUS SIGNEZ LE PRÉSENT AVIS DE DIVULGATION ET LA RENONCIATION, VOUS ACCEPTEZ LE RÈGLEMENT OFFERT. VOICI LES CONSÉQUENCES QUE CELA ENTRAÎNE :

- Votre demande relative aux indemnités spécifiées est réglée définitivement, et le règlement offert est final. Vous renoncez pour toujours au droit de présenter à l'avenir des demandes de règlement à l'égard de ces mêmes indemnités, même si vos problèmes de santé empirent.

- Vous renoncez pour toujours au droit que vous avez aux termes de la *Loi sur les assurances* de demander une médiation, d'intenter une poursuite, de demander un arbitrage, d'interjeter appel, de présenter une demande de modification ou de demander une révision judiciaire par un tribunal relativement aux indemnités faisant l'objet de ce règlement.

- Le traitement fiscal du montant de règlement payé peut être différent du traitement fiscal des indemnités décrites. Généralement, tout revenu de placement obtenu sur un montant de règlement en espèces peut être imposable.

Exemple

Vous avez droit à des indemnités de revenue hebdomadaires et vous acceptez, pour cette garantie, un règlement global de 20 000 $, que vous placez par la suite. Il est probable que l'intérêt obtenu sur ce placement soit imposable. Si, au lieu du règlement global, vous choisissez de recevoir des indemnités hebdomadaires, ces indemnités ne seront probablement pas imposables.

Il EST RECOMMANDÉ DE DEMANDER CONSEIL AUPRÈS D'UN CONSEILLER JURIDIQUE, D'UN CONSEILLER FINANCIER ET D'UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÈ AVANT D'ACCEPTER UN RÈGLEMENT.

DESCRIPTION DES INDEMNITÉS

LES INDEMNITÉS, VOS DROITS ET VOS RESPONSABILITÉS SONT DÉCRITS DANS L'ANNEXE SUR LES INDEMNITÉS D'ACCIDENT LÉGALES DE LA *LOI SUR LES ASSURANCES DE L'ONTARIO*. VOTRE SOCIÉTÉ D'ASSURANCE A L'OBLIGATION DE VOUS INFORMER DES INDEMNITÉS DISPONIBLES.

Les indemnités prévues aux termes de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales* sont complexes et décrites en détail dans l'*Annexe*. Voici ci-dessous une brève description de ces indemnités.

Indemnité de revenu hebdomadaire
Cette indemnité vous dédommage pour les pertes de revenu si vous êtes dans l'incapacité d'accomplir les tâches essentielles de l'emploi que vous occupiez avant l'accident. Vous pouvez avoir droit à l'indemnité dans les cas suivants : au moment de l'accident, vous étiez salarié ou vous travailliez à votre compte; ou, si vous étiez sans emploi, vous aviez travaillé pendant 180 jours au cours des 12 mois précédant l'accident; vous faisiez l'objet d'une mise en disponibilité temporaire; ou vous alliez commencer à travailler dans l'année conformément à une offre faite avant l'accident. L'indemnité est égale à 80% du revenu brut que vous touchiez avant l'accident. L'indemnité hebdomadaire maximale est de 600 $; l'indemnité hebdomadaire minimale est de 185,60 $. Cependant, si vous avez souscrit une garantie d'indemnité de revenu facultative, l'indemnité hebdomadaire maximale peut s'élever à 750 $, 900 $ ou 1.050 $.

Indemnité hebdomadaire pour personne sans revenu
Cette indemnité vous dédommage si vous êtes dans l'incapacité d'accomplir les tâches essentielles que vous accomplissiez avant l'accident, et si vous n'avez pas droit à l'indemnité de revenu hebdomadaire. L'indemnité hebdomadaire est de 185 $. En plus de cette indemnité, si vous étiez aussi le soignant principal d'un ou de plusieurs membres de votre foyer, notamment d'un enfant de moins de 16 ans ou d'une autre personne ayant besoin de soins, vous avez droit à une indemnité hebdomadaire de 50 $ pour chaque personne nécessitant des soins. Si vous avez souscrit une garantie d'indemnité facultative, l'indemnité hebdomadaire, à titre de soignant, est de 100 $ pour chacune des personnes ayant besoin de soins.

Indemnité complémentaire pour frais médicaux et de réadaptation
Cette indemnité vous dédommage des frais médicaux et de réadaptation engagés du fait de vos blessures. Elle peut couvrir aussi d'autres biens et services, comme les frais de travaux ménagers et d'entretien du domicile. Les frais sont payables au titre de cette garantie s'ils ne sont pas déjà couverts par un autre régime d'assurance-santé, comme l'Assurance-santé de l'Ontario ou le régime d'assurance-santé de l'employeur.

Montant maximal de l'indemnité pour frais médicaux et de réadaptation
Le montant maximal, au titre de la garantie des frais médicaux et de réadaptation, est de 500 000 $. La période d'indemnisation est limitée à la plus longue des deux périodes suivantes : 10 ans, ou le nombre d'années calculé selon la formule qui suit : 20 ans moins l'âge de la personne assurée à la date de l'accident.

Indemnité de soins auxiliaires
Cette indemnité vous dédommage des frais engagés pour les services d'un aidesoignant professionnel ou les frais raisonnables engagés pour prendre soin de vous après l'accident.

Montant maximal de l'indemnité de soins
Le montant maximal, au titre de l'indemnité de soins, est de 3 000 $ par mois. Le montant maximal total payable est de 500 000 $.

Indemnité de frais funéraires
Cette indemnité rembourse les frais funéraires jusqu'à concurrence de 3 000 $. Si vous avez soucrit une garantie facultative, l'indemnité maximale est de 7 500 $.

Prestations de décès
Ces prestations sont versées à certains membres de la famille d'une personne décédée dans un accident automobile. Le montant est de 25 000 $ pour le conjoint survivant; 10 000 $ pour les personnes à charge survivantes; et 10 000 $ pour la personne qui avait la personne décédée à sa charge. Si vous avez souscrit une garantie décès facultative, ces prestations sont doublées.

Indemnités facultatives
Les garanties facultatives permettent d'augmenter les indemnités de base; Il faut avoir souscrit ces garanties avant l'accident. Les garanties facultatives offertes sont les suivantes :
1. Indemnité accrue de frais funéraires et prestations de décès;
2. Indemnité accrue de revenu hebdomadaire;
3. Indemnité de soignant principal accrue.

Vous devriez consulter votre assureur et vos conseillers pour déterminer si vous êtes couverte ou couvert par des garanties facultatives.

DIVULGATION ET CONFIRMATION DE L'ASSUREUR

L'assureur confirme qu'il a mis à la disposition de la personne assurée ou du représentant de celle-ci tous les rapports et dossiers médicaux et toute autre information de nature médicale se rapportant à la personne assurée et conservés dans les dossiers de l'assureur.

J'atteste que l'information donnée dans le présent Avis de divulgation est complète et exacte.

Représentant de l'assureur _____

Téléphone _____

Nom de l'agent de liaison avec l'ombudsman* _____

Téléphone _____

*Si vous avez une plainte au sujet de votre demande de règlement, vous pouvez contacter la personne qui, chez l'assureur, est responsable de la liaison avec l'ombudsman; l'agent de liaison examinera le problème et essaiera de le résoudre avec vous.

Date _____

CONFIRMATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

Je confirme que j'ai reçu et lu le présent Avis de divulgation relatif au règlement que l'assureur m'a communiqué; et j'ai examiné l'opportunité de demander conseil ou non auprès d'un conseiller juridique, d'un conseiller financier et d'un professionnel de la santé.

_____ Date _____

Signature de la personne assurée

SI VOUS CHANGEZ D' AVIS

SI VOUS CHANGEZ D'AVIS APRÈS AVOIR ACCEPTÉ LE RÈGLEMENT OFFERT EN SIGNANT UNE RENONCIATION :

VOUS DEVEZ EN AVISER PAR ÉCRIT L'ASSUREUR ET LUI RENVOYER DANS LES 2 JOURS OUVRABLES SUIVANT LA SIGNATURE DE LA RENONCIATION TOUTE SOMME REÇUE AUX TERMES DU RÈGLEMENT.

SI VOUS AVEZ SIGNÉ UNE RENONCIATION ET QUE VOUS SIGNEZ PLUS TARD CET AVIS DE DIVULGATION, VOUS AVEZ 2 JOURS OUVRABLES À PARTIR DE LA DATE DE LA SIGNATURE DE L'AVIS DE DIVULGATION POUR AVISER L'ASSUREUR ET LUI RENVOYER LUI RENVOYER LA SOMME REÇUE AUX TERMES DU RÈGLEMENT.

Formulaire ADRR -68 (10/03)

SECTION F - RÉGLEMENTATION EN MATIÈRE DE DÉPENSES

Extraits du règlement 664, R.R.O. 1990, prévu à la *Loi sur les assurances*, tel que modifié par le R.O. 275/03 (Critères d'attribution des dépenses).....F - 1

Annexe au règlement 664, R.R.O. 1990, prévu à la *Loi sur les assurances*, tel que modifié par le R.O. 275/03
(Dépenses liées au règlement des différends).....F - 1

EXTRAIT DU RÈGLEMENT 664, R.R.O. 1990, PRÉVU À LA *LOI SUR LES ASSURANCES*, TEL QUE MODIFIÉ PAR LE R.O. 275/03

(CRITÈRES D'ATTRIBUTION DES DÉPENSES —

(TRADUCTION NON OFFICIELLE)

12. (1) Les dépenses décrites à l'Annexe sont prévues aux fins du paragraphe 282 (11) de la Loi.

(2) L'arbitre ne prendra en considération que les critères mentionnés dans la partie portant sur la réglementation en matière de dépenses, qui se trouve à la **Section F** du **Code**, soit les suivants :

(1) dans quelle mesure chaque partie a réussi quant aux résultats de l'instance.

(2) toute offre de règlement écrite soumise conformément au paragraphe (3).

(3) si des questions pas encore abordées ont été soulevées au cours de l'instance.

(4) tout comportement de l'une des parties ou du représentant d'une des parties qui a eu pour effet de prolonger l'instance, d'entraver ou de gêner, y compris le défaut de se conformer aux engagements et aux ordonnances.

(5) si l'un des aspects de la procédure a été irrégulier, vexatoire ou superflu.

(3) Sur demande de l'assureur ou de la personne assurée, l'arbitre doit, aux fins de l'attribution des dépenses, tenir compte de toute offre de règlement écrite, s'il y a lieu,

(a) qui a été faite après la conclusion de la médiation et avant la conclusion de l'arbitrage; et

(b) qui a été faite conformément aux règles de pratique et de procédure applicable à l'instance.

(4) Si l'arbitre reçoit une demande de prendre en considération une offre écrite en vertu du paragraphe (3), l'arbitre tiendra compte des modalités de l'offre de la date et de l'heure où l'offre a été faite, de la réponse à l'offre et du résultat de l'instance.

ANNEXE

FRAIS ASSOCIÉS AU RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS

(Paragraphe 282 (11) de la Loi)

1. Les droits de dépôt versés par la personne assurée au moment de sa demande d'arbitrage sont remboursables.

2. Les droits de dépôt versés par la personne assurée ou par l'assureur qui interjette appel de la décision d'un arbitre ou qui demande une modification ou une révocation sont remboursables.

3. (1) Les frais de justice payables par la personne assurée ou par l'assureur pour ce qui suit sont remboursables :

1. Les services fournis avant une audience d'arbitrage, une audience d'appel, une audience de modification ou une audience de révocation.

2. La préparation d'une audience d'arbitrage, d'une audience d'appel, d'une audience de modification ou d'une audience de révocation.

3. La présence à une audience d'arbitrage, une audience d'appel, une audience de modification ou une audience de révocation.

4. Les services fournis après une audience d'arbitrage, une audience d'appel, une audience de modification ou une audience de révocation.

(2) L'arbitre détermine le nombre d'heures pour les services juridiques remboursables, en tenant compte des critères énoncés au paragraphe 12(2) du présent règlement.

(3) Le remboursement maximal pour les frais de justice est calculé à l'aide des taux horaires indiqués dans le Code des pratiques pour le règlement des différends publié par la Commission des assurances de l'Ontario, tel qu'il est modifié de temps en temps.

3.1 (1) Les commissions d'agent payables par la personne assurée ou par l'assureur pour ce qui suit sont remboursables :

1. La préparation d'une audience d'arbitrage, d'une audience d'appel, d'une audience de modification ou d'une audience de révocation.

2. La présence à une audience d'arbitrage, une audience d'appel, une audience de modification, ou une audience de révocation.

3. Les services fournis après une audience d'arbitrage, une audience d'appel, une audience de modification ou une audience de révocation.

(2) Le remboursement maximal pour les commissions d'agent est calculé conformément aux des taux horaires indiqués dans le Code des pratiques pour le règlement des différends publié par la Commission des assurances de l'Ontario, tel qu'il est modifié de temps en temps.

4. Les frais suivants engagés par la personne assurée ou par l'assureur, ou en leur nom, sont remboursables :

1. Les frais d'interurbain, de télécopieur et d'autres télécommunications.

2. La dactylographie, l'impression et la reproduction des copies de documents.

3. La livraison, par courrier ou par messageries, d'articles nécessaires pour l'audience d'arbitrage, l'audience d'appel, l'audience de modification ou l'audience de révocation.

4. Les autres débours engagés pour les besoins de l'audience d'arbitrage, l'audience d'appel, l'audience de modification ou l'audience de révocation.

5. Toute taxe applicable payée à l'égard des frais mentionnés dans la présente section.

5. (1) Les indemnités de témoin suivantes payées par la personne assurée ou par l'assureur, ou en leur nom, sont remboursables :

1. Indemnité de présence de témoins, conformément au paragraphe (2).

2. Indemnité de présence d'un témoin expert qui fournit un témoignage d'opinion à l'arbitrage ou à l'audience ou dont la présence est nécessaire, conformément au paragraphe (3).

3. Frais pour un rapport préparé par un expert remis aux autres parties à l'arbitrage ou à l'audience et nécessaire pour la tenue de l'arbitrage ou de l'audience, conformément au paragraphe (4).

(2) Le remboursement maximal pour la présence d'un témoin correspond au montant permis comme débours pour une indemnité de présence de témoin par la Règle 58.05 des Règles de procédure civile.

(3) Le remboursement maximal pour la présence d'un témoin expert correspond à 200 $ de l'heure de présence, sous réserve d'un maximum de 1600 $ par jour.

(4) Le montant payé par la personne assurée ou par l'assureur, ou en leur nom, à un témoin expert pour la préparation d'une audience à laquelle celui-ci témoigne est remboursable jusqu'à concurrence de 500 $.

(5) Le montant payé par la personne assurée ou par l'assureur, ou en leur nom, à un expert pour la préparation d'un rapport est remboursable jusqu'à concurrence de 1500 $.

6. (1) Les frais suivants payés par la personne assurée, l'avocat ou l'agent de la personne assurée ou la personne qui accompagne la personne assurée s'il y a lieu, ou en leur nom, sont remboursables :

1. Les frais de déplacement, conformément au paragraphe (2).

2. Les frais d'hébergement pour une nuit et les repas, conformément au paragraphe (3).

(2) Le remboursement maximal des frais de déplacement accordé à une personne,

(a) pour un arbitrage ou une audience qui a lieu dans la municipalité où réside la personne, correspond aux frais engagés par la personne chaque jour où sa présence est requise à l'arbitrage ou à l'audience;

(b) pour un arbitrage ou une audience qui a lieu à l'extérieur de la municipalité où réside la personne et dans les 300 kilomètres de sa résidence, correspond à ce qui suit :

(i) 30 cents le kilomètre pour un voyage aller-retour entre la résidence de la personne et l'endroit où a lieu l'arbitrage ou l'audience; ou

(ii) les frais engagés par la personne, si ce montant est moins élevé.

(c) pour un arbitrage ou une audience qui a lieu à 300 kilomètres ou plus de la résidence de la personne, correspond à ce qui suit :

(i) le billet d'avion aller-retour en classe économique pour la personne plus 30 cents le kilomètre pour un voyage aller-retour entre sa résidence et l'aéroport et pour un voyage aller-retour entre l'aéroport et l'endroit où a lieu l'arbitrage ou l'audience; ou

(ii) les frais engagés par la personne, si ce montant est moins élevé.

(3) Le remboursement maximal des frais d'hébergement et les repas correspond à 150 $ par nuit pour chaque séjour nécessaire. R.R.O. 1990, règlement 664, Annexe.